

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1960

THÈSE

N°

9

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Vincent L O F F R E D O

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 22 Janvier 1927 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LE SYNDROME DE DECHIRURE DU LIGAMENT LARGE

ETUDE

CLINIQUE, ETIOPATHOGENIQUE ET THERAPEUTIQUE

à propos de 42 observations

Président : M. J. VARANGOT, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1960

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Vincent L O F F R E D O

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 22 Janvier 1927 à Paris

Présentée et soutenue publique ment le :

LE SYNDROME DE DECHIRURE DU LIGAMENT LARGE

ETUDE

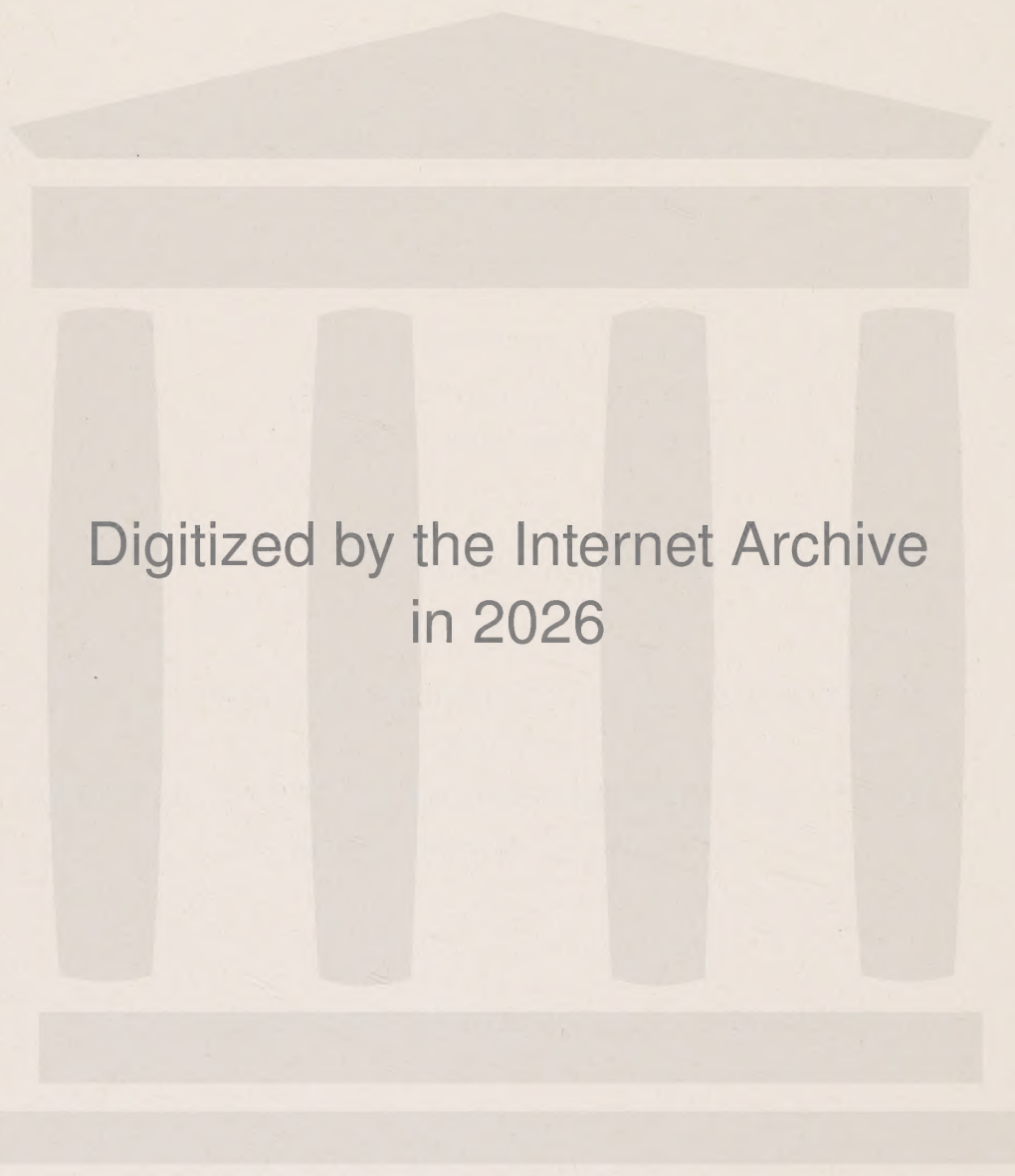
CLINIQUE, ETIOPATHOGENIQUE ET THERAPEUTIQUE

à propos de 42 observations

Président : M. J. VARANGOT, Professeur



ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556003_0012

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

15-1-59

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
	Hôtel-Dieu MÉNÉGAUX (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	Broussais GENNES (L. de)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SOULIÉ (P.)
	Pitié DREYFUS (G.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale propédeutique	DEBRAY (C.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DEROT (M.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque PETIT-DUTAILLIS (D.)
	Port-Royal LAGOMME (M.)
	Tarnier N . . .
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	RENARD (G.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	MARIE (J.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	BERNARD (E.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	LELONG (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique urologique (Cochin)	LEMAIRE (A.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	FEY (B.)
Embryologie	DJOURNO (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GIROUD (A.)
Histologie	N . . .
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	VERNE (J.)
	DEPARIS (M.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM. TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (G.) GOUINAUD (G.) OLIVIER (G.)	Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch. BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Parasitologie	BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie	NÉVOT (A.), pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)		BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (G.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONDSKI (J.), m. conf. SCHAPIRA (G.), m. conf.	Pathologie chirurgicale	FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.), agr. per. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.), m. conf.		
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)	Pathologie expérimentale	GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHTER (G.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)		
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)		AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROGARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROUCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (O.) NICK (J.) PERUCCATO (H.), m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (M ^{me} L.)		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (G.)		
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)		
Neurologie	LHERMITTE (F.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-BOZAT (J.)		
Obstétrique	BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)		
Ophthalmologie			

	MM.		MM.
Pédiatrie-Puériculture . . .	JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	MOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (G.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	ROSSIER (A.)		
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.), pr. s. ch.	Stomatologie	CERNÉA (P.)
	BOISSIER (J.)		CHAPUT (Mme A.), m.c. agr.
	LECHAT (P.)		GRELLET (M.)
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch.	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	DEJOURS (P.)		LAMOTTE (M.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf.	Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)	Clinique neuro-rhumatologique SÈZE (S. de)	
	AMELINE (A.)	Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)		LEPAGE (F.)
	LÉGER (L.)		MAYER (M.)
	OLIVIER (G.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)	Clinique ophtalmologique .	DESIGNES (P.)
	ROUX (M.)		OFFRET (G.)
	VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	HACQUENEAU (J.), pr. s. ch.	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
	BOUDIN (G.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
	CONTE (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	DOMART (A.)		
	MILLIEZ (P.)		
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . . M. LENA (J.)
Secrétaires M^{me} BEURLAND (H.), M^{lle} CHAINTREUIL (G.), M^{lle} HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs M^{lles} DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires M^{me} CONTET (J.), M^{lles} LAURENT (H.),
LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon père qui a voulu ce que je suis.

A la mémoire de ma mère.

A ma femme, pour son amour et son aide.

A mes enfants.

A Monsieur le Professeur Jacques Varangot

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de
Médecine de Paris

qui m'a fait l'honneur de me donner le sujet de ce
travail et d'accepter la présidence de cette thèse.
En hommage de grande admiration et de respectueuse
reconnaissance pour les riches heures de mon inter-
nat à Port-Royal.

A mes Maîtres dans les hôpitaux

Externat des hôpitaux de Paris

MM. le Professeur J. Senèque
le Professeur H. Bénard
le Professeur M. Bariéty
le Professeur L. Justin-Besançon
le Professeur P. Lantuejoul
le Professeur R. Debré.
le Professeur F. Coste

Internat de la Seine

M. le Professeur René Huguenin in memoriam

Internat des hôpitaux de Paris

Provisoire

MM. le Docteur Cachin
le Docteur H. Welti

Titulaire

MM. le Docteur J.P. Calvet
le Professeur agrégé J. Ravina
le Professeur J. Varangot
le Professeur agrégé F. Poilleux
le Professeur R. Merger
le Professeur H. Redon

En hommage de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Robert Merger

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris

en témoignage de profonde admiration et de
gratitude pour le remarquable enseignement
fait à la fois de rigueur et de qualités
humaines qu'il nous prodigua au centre Foch.

A Monsieur le Professeur Henri Redon

Professeur de clinique carcinologique à la Faculté de
Médecine de Paris.

Pour m'avoir appris les limites du possible et de
l'humain dans la chirurgie d'exérèse.

A Monsieur le Docteur René Musset

Gynécologue accoucheur des hôpitaux
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

A qui je dois mon orientation pour son incomparable
enseignement de la chirurgie pelvienne et pour la
grande bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

A Monsieur le Docteur André Granjon

Gynécologue accoucheur des hôpitaux
Professeur agrégé de la Faculté de Médecine

pour les conseils qui sont à la base de ce travail
et pour la sympathie dont il nous honora.

en témoignage de grande reconnaissance et de
profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur F. Poilleux

Chirurgien des hôpitaux

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

A Monsieur le Docteur J.P. Calvet

Chirurgien des hôpitaux

A Monsieur le Docteur J. Ravina

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Gynécologue-accoucheur des hôpitaux

leur grande bienveillance guida mes premiers pas

Qu'ils trouvent ici l'hommage de ma profonde gratitude.

A ceux qui m'ont instruit et guidé

au cours de mon Internat

M. le Docteur Ch. L. Chatelin

Chirurgien des hôpitaux

Professeur agrégé à la Faculté

M. le Docteur Canivet

Médecin des hôpitaux

M. le Docteur Cl. Frileux

Chirurgien des hôpitaux

M. le Docteur Cl. Houdard

Chirurgien des hôpitaux

M. le docteur S. Bonfils

Médecin des hôpitaux

M. le Docteur E. Hervet

Gynécologue-accoucheur des hôpitaux

Professeur agrégé à la Faculté

M. le Docteur J. Lévy

Gynécologue-accoucheur assistant des hôpitaux de Paris

Chef adjoint au centre médico-chirurgical Foch

M. le Docteur M. Cottrell

Ancien chef de clinique gynécologue à la Faculté

M. le Docteur J. Melchior

Assistant au centre Médico-chirurgical Foch

A M. le Docteur M. Chartier

Gynécologue assistant des hôpitaux de Paris

qui m'a permis en outre d'élaborer ce travail en me
fournissant de précieuses observations.

En hommage de profonde gratitude.

A mes collègues d'Internat

en souvenir du dîner de patrons de Lariboisière 1959.

A tous mes amis.

" Nous vivons, à demi conscients,
dans un monde de Tabous ".

Pierre Jourdan
" La chirurgie de tous les jours "

LE SYNDROME DE DECHIRURE DU LIGAMENT LARGE

ETUDE

CLINIQUE, ETIOPATHOGENIQUE ET THERAPEUTIQUE

à propos de 42 observations

I N T R O D U C T I O N

=====

Les algies pelviennes féminines dites essentielles - parce qu'encore sans étiologie - ont toujours été à l'ordre du jour des congrès et des publications gynécologiques. C'est une preuve de leur fréquence, du problème social qu'elles soulèvent, mais aussi de notre carence. Si ces travaux n'ont jamais apporté de résultats thérapeutiques substantiels, ils ont, par contre, permis de savants échafaudages pathogéniques d'ordre endocrinien, neuro-sympathique ou psycho-somatique.

Sans les négliger pour autant, mais partant d'une lésion anatomique simple, presque trop simple: la déchirure du feuillet postérieur du ligament large lors de l'accouchement, W.M. MASTERS et W.H. ALLEN isolent, en 1955, à propos de 28 onservations une entité anatomo-clinique dont le grand mérite paraît être sa robuste cohérence. Ils rendent le traumatisme obstétrical responsable d'une brèche ligamentaire dont les algies pelviennes spontanées ou provoquées sont l'expression clinique prédominante et, la rétroversion utérine ou col anormalement mobile, la marque constante. Ils considèrent ce dernier signe comme le maître symptôme puisqu'ils dénomment cet ensemble clinique: le syndrome de

"l'universal joint cervix" ce qu'on peut traduire à peu près par "col monté sur rotule" ou "col articulé".

Ils proposent un traitement chirurgical simple; la réparation du feuillet postérieur du ligament large en deux plans dont les résultats favorables se maintiennent avec un recul de deux à six ans.

°

° °

Le but de ce présent travail appuyé sur 42 observations est de souligner l'intérêt de ce syndrome mais aussi d'en faire une étude critique en trois points : clinique, physio-pathologique et thérapeutique.

La majorité de nos observations ont été recueillies à la Maternité de Port-Royal dans le Service du Professeur VARANGOT qui nous confia, de surcroît , ses observations personnelles et fut l'inspirateur de cette thèse. Le Professeur Agrégé GRANJON et le Docteur M. CHARTIER y ont contribué par l'apport de leurs observations.

°

° °

H I S T O R I Q U E =====

En gynécologie, comme en d'autres disciplines, l'habitude actuelle est d'accueillir avec méfiance toute maladie nouvelle, surtout quand cette maladie ou ce syndrome ne s'assortit d'aucun dosage bio-chimique et a fortiori, quand il concerne des troubles aussi communs et exploités que les algies pelviennes et la rétroversion utérine. Malgré les auteurs classiques et l'absence de dosages, on peut encore, par la simple observation anatomo-clinique faire oeuvre parfaitement originale. C'est en tout cas ce que semblent démontrer MASTERS et ALLEN dans leur publication intitulée "Traumatic laceration of uterine support" car on ne trouve nulle trace dans la littérature de déchirures du ligament large en dehors des cas où elle s'associe à une rupture utérine pendant l'accouchement.

L'historique pourrait se borner à cette constatation s'il n'était pas sans intérêt de montrer que deux maillons du syndrome :

- la cause : le traumatisme ligamentaire d'origine obstétricale
- et la conséquence : la congestion utérine doublée d'un important varioocèle.

étaient déjà bien connus des anciens auteurs.

En effet, le concept de traumatisme du ligament large d'origine obstétricale n'est pas nouveau. L'école anglo-saxonne avec DUDLEY (1906) HERTZLER et FOTHERGILL (1907) a été la première à le mettre en exergue dans les troubles de la statistique pelvienne.

Un rôle important est dévolu aux élongations subies pendant la grossesse et pendant l'accouchement par deux ligaments jouxtant la base du ligament large: le ligament de MACKENRODT (appelé en France: lame porte-vaisseaux de FARABOEUF ou gaine hypogastrique d'HOVELAQUE) et le ligament utéro-sacré.

Récemment d'ailleurs dans la thèse de son élève, M. LAMY, consacrée à la cure chirurgicale des prolapsus, René MUSSET s'inspirant des travaux de l'école de Manchester, montre tout l'intérêt de la remise en tension de ces formations ligamentaires, ce qui corrige à la fois le prolapsus et la rétroversion, souvent associée .

Invoquées dans le mécanisme des rétroversions acquises du post-partum, ces lésions de la base du ligament large ont eu, jusqu'à présent, peu d'émergence objective. On décrivait une anormale laxité des ligaments utéro-sacrés souvent d'aspect très réduit, une anormale mobilité de l'utérus (G. COTTE) et les seules lésions péritonéales notées étaient l'importante profondeur du cul-de-sac de Douglas.

Si la déchirure objective du ligament large n'a pas été signalée dans la pathogénie des rétroversions du post-partum, elle a été évoquée cependant par G. COTTE à

propos des "plexalgies hypogastriques" puisqu'il écrit :
"les déchirures des culs -de-sacs vaginaux consécutives à un accouchement, lorsqu'elles intéressent le paramètre sus-jacent, laisse, à ce niveau , un nodule cicatriciel plus ou moins étendu, qui est souvent la cause de névralgies par ailleurs inexplicables". Dans le syndrome décrit par MASTERS et ALLEN, c'est en effet le paramètre qui est le plus intéressé par la déchirure.

Les signes anatomo-clinique du syndrome de "l'universel joint cervix" s'apparentent au tableau que les auteurs français classiques connaissaient depuis longtemps sous le terme de "congestion utérine ou congestion pelvienne".

En effet, c'est à ARAN (1858) que l'on doit d'avoir décrit sous ce nom, un tableau caractérisé par des algies pelviennes importantes, s'exacerbant à la marche à la fatigue, ou lors des rapports et s'accompagnant d'une leucorrhée, de troubles menstruels, ménorragies et surtout dysménorrhée, de troubles fonctionnels divers - digestifs, pulmonaires -, de troubles psychiques parfois si impressionnants qu'on leur accordait le terme "d'hystérie" (F. LEGUEU). Cette entité clinique va se confondre pendant un certain temps avec la "métrite chronique", d'origine infectieuse, mais RICHELOT, SIREDEY, J.L. FAURE, FARGUE et MASSABEAU en France, vont en rétablir l'origine fonctionnelle. R. CONDAMIN y voit la conséquence de la transformation fibreuse, après un stade congestif, des espaces cellulaires sous-douglashiens. qu'il appelle du terme peu approprié de "Douglassite" et G. COTTE y voit la marque d'altérations nerveuses. En tout cas, ces auteurs décrivent, à propos de ce tableau, de gros utérus

violacés, oedématisés, marbrés par les empreintes intestinales, souvent en rétro-déviations marquées, s'accompagnant de prolapsus des annexes dans le Douglas, parfois associés à un important varicocèle pelvien.

Le varicocèle pelvien dont MASTERS et ALLEN font un signe quasi constant de leur syndrome, fut isolé pour la première fois par RICHET (1860) dans son traité d'anatomie médico-chirurgicale, étudié au cours de la grossesse par P. BUDIN dans sa Thèse d'agrégation. Il fut repris dans les travaux de COE (1883) de DUDLEY (1888), de P. PETIT dans les Archives d'obstétrique et de gynécologie dans les thèses de ROUSSAN (Paris 1892) de CAMUSET (Lyon 1903). Après une période muette il suscite un nouvel intérêt autour de 1920. CHALIER et DUNET (1920) y consacrent un article et font jouer un rôle important aux lésions de l'ovaire associées qu'ils considèrent comme primitives. KELSALL (1921) admet que les varices du ligament large sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. CASTANO (1921) de Buenos-Ayres insiste aussi sur sa fréquence et surtout sur un signe clinique qu'il considère comme pathognomonique: la dyspareunie profonde.

SCHUBERT (1922), LUDWIG, A. EMGE (1921) ENGELMANN (1922) et surtout G. COTTE et D. JEZDITCH (1923) font une étude très détaillée de la question. COTTE rappelle que ces malades sont le plus souvent des "aéthritiques" à l'âge moyen de la vie, sujettes dès leur puberté à des troubles de congestion pelvienne, à des règles douloureuses et qui ont eu de nombreuses grossesses.

COTTE ne partage pas les idées de CHALIER: les lésions de l'ovaire ne lui semblent pas constantes dans le

varicocèle. En effet, on ne les relève que 4 fois sur 30 cas dans la statistique de SCHUBERT, 9 fois sur 20 cas dans celle d'ENGELMANN. Mais il insiste par contre sur la fréquence des rétro-déviations de l'utérus et sur la mobilité exagérée de cet organe: il fait avant tout du varicocèle une conséquence mécanique de la rétroversion.

H.C. TAYLOR faisant en 1949 une revue exhaustive de la congestion utérine sous le nom de "vascular congestion and hyperhémia", insiste également sur la fréquence du varicocèle dont il rend responsable plusieurs facteurs: constitutionnel, mécanique, thrombosique, endocrinien et neuro-sympathique. Dans le syndrome décrit par MASTERS et ALLEN, c'est essentiellement la déchirure qui explique le varicocèle, directement par dilacération du fascia de soutien des vaisseaux utérins, indirectement par action sympathique sur les vaisseaux tubo-ovariens. Cette déchirure représente un facteur important de congestion utérine par les réactions neuro-vasculaires qu'elle entraîne.

Sous le nom de "syndrome de déchirure du ligament large", le Professeur VARANGOT par l'analyse de 30 cas dont le premier remonte à octobre 1955, apporte la première publication française de ce sujet. Elle fut suivie, à l'Académie de chirurgie, d'une communication faite par MM. J.M. VERNE, DELAGARDE et BANGALTER, à l'occasion de laquelle MM. CORDIER et THOMERET apportèrent leur expérience personnelle.

LE SYNDROME DE "L'UNIVERSEL JOINT CERVIX"
=====

Avant d'envisager notre étude du syndrome, il convient d'exposer le tableau décrit par les auteurs américains.

Avec le Professeur VARANGOT nous l'avons schématisé sous forme d'un trépied anatomo-clinique constitué par :

- I - Un élément étiologique : le traumatisme obstétrical,
- II - Un élément clinique : la rétroversion utérine accentuée avec un col utérin anormalement mobile,
- III - Un élément anatomique: base du syndrome: la découverte lors de l'intervention d'une déchirure intéressant le feuillet postérieur et le fascia sous-péritonéal du ligament large.

I - CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES :

Elles sont presque toujours obstétricales. A l'interrogatoire, la malade précise que tous ses troubles ont débuté à la suite d'un accouchement précis: accouchement laborieux, souvent terminé par des manoeuvres ayant entraîné des lésions maternelles (déchirures du col ou déchirures périnéales), plus rarement foetales (fractures obstétricales et hémorragies méningées).

Quand cet élément dystocique manque, on retrouve parfois un accouchement anormalement rapide, voire précipité, également traumatique ou encore la notion d'un gros enfant. MASTERS et ALLEN signalent aussi le tamponnement utérin ou vaginal intempestif utilisé dans le traitement des hémorragies du post-partum ou à titre abortif.

II - TABLEAU CLINIQUE :

Dans l'ensemble, les auteurs américains n'apportent aucune note originale au tableau déjà brossé par les auteurs classiques sous le nom de "congestion utérine" (ARAN, RICHELOT, LEJARS), vieux poncif de l'école gynécologique française mais ils l'éclairent d'un jour nouveau en insistant sur l'intensité de certains signes et surtout sur l'une de ses causes : la déchirure ligamentaire.

Les manifestations douloureuses dominant la scène.

Il s'agit de femmes jeunes, dans la trentaine, qui viennent consulter pour des douleurs abdomino-pelviennes,

médianes ou plus souvent diffuses du bas-ventre, irradiant parfois vers les lombes et la région coccygienne. Douleurs plus ou moins permanentes, elles s'exacerbent le soir, à la fatigue, après une station debout prolongée, ou encore en période pré-menstruelle. Elles se plaignent parfois d'une sensation de corps étranger intra-vaginal alors même qu'il n'y a pas de prolapsus.

Si les caractères de la douleur sont assez vagues, si rien ne permet de la discerner des autres algies pelviennes, la dyspareunie, par contre, est particulière par sa localisation et son intensité. Il s'agit d'une dyspareunie profonde, se situant au coeur de l'action masculine, survenant au maximum de la pénétration et dont est responsable une douleur excruciante du cul-de-sac de Douglas d'origine balistique. Cette douleur persiste parfois dans les heures qui suivent les rapports sous forme d'endolorissement pelvien. Dans ces conditions, on conçoit la frigidité raisonnée de ces femmes qu'un ébranlement pelvien rend infirmes et douloureuses pendant des heures.

La dysménorrhée secondaire est d'intensité variable. Elle n'a pas de caractères particuliers si ce n'est son apparition secondaire. Parfois d'ailleurs il s'agit d'une dysménorrhée primitive que l'accouchement, loin d'avoir améliorée, a indéniablement aggravée.

Cet état riche en tonalité douloureuse se greffe sur un fond d'asthénie considérable aux conséquences sociales forcément fâcheuses. Cette fatigue extrême à la moindre besogne font de ces malades des femmes dans l'impossibilité d'assurer un emploi ou des charges familiales qu'elles avaient auparavant bien remplies.

Un tel état explique un profond retentissement psychique par la permanence des douleurs, par une vie sociale et familiale sans cesse troublée, par l'épuisement physique et par une vie génitale compromise: instabilité, déséquilibre, dépression, crises de larmes et jusqu'à la tendance avouée ou non au suicide, marquent l'histoire de ces malades comme le fait remarquer J.M. VERNE, d'un trait singulier.

Les autres signes tels que les méno-métrorragies, la leucorrhée non spécifique, les troubles urinaires ou rectaux sous forme de pollakiurie, de dysurie ou de ténèsme rectal, témoins de la congestion pelvienne n'apportent que quelques touches mineures à ce tableau.

D'ailleurs; beaucoup plus que par les nuances sémiologiques, l'histoire de ces malades est stigmatisée par son début : tout a commencé après un accouchement.

A cette pléthore de signes fonctionnels et généraux s'oppose la pauvreté des signes recueillis à l'examen: une rétroversion utérine isolée mais dont trois détails cliniques doivent être soulignés :

- 1/- Le degré accentué de cette rétroversion:
rétroversion flexion de l'utérus dont le fond bascule en arrière dans le culs-de-sac de Douglas et semble gros et mou.
- 2/- La douleur au contact ou à la mobilisation du fond utérin: la pression du col vers le haut et latéralement ou toute tentative de réduction de la rétroversion déclenche une douleur aiguë,

Identique à celle que la femme redoute dans le coït et qu'on peut rapprocher par son intensité du fameux "cri du Douglas".

- 3/- La mobilité anormale du col est sans conteste le signe auquel les auteurs américains attachent le plus d'importance: le col se laisse mobiliser en tous sens par le doigt comme s'il était articulé sur une rotule. Ils le comparent au signe de HEGAR au début d'une grossesse. le col utérin paraît complètement indépendant du corps utérin.

III - CONSTATATIONS OPERATOIRES :

Mais c'est sur le plan opératoire que ce syndrome découvre son originalité: la brèche du ligament large, et se hausse au niveau d'une véritable entité anatomo-clinique.

L'exploration du petit bassin montre en effet :

- 1/- une rétroversion flexion très marquée de l'utérus, logé dans un profond cul-de-sac de Douglas, entre des ligaments utéro-sacrés flasques, distendus. souvent réduits à une trame, rétroversion toujours mobile et aisément réductible. L'utérus apparaît mou violacé, et souvent marbré d'empreintes intestinales. Souvent augmenté de volume et lourd, il entraîne constamment un prolapsus des annexes, repliées en ailes d'oiseau derrière lui, des trompes

turgescentes, de gros ovaires parfois polymicrokystiques et un varicocèle tubo-ovarien;

- 2/- du liquide séreux dans le cul-de-sac de Douglas voire même dans le cul-de-sac vésico-utérin, en quantité modérée (30 à 80 cc), habituellement rosé séro-hématique,
- 3/- c'est, en fait, la "gros utérus congestif et rétroversé" des classiques mais la note originale apparaît, après avoir redressé l'utérus et étalé à l'aide d'une valve la face postérieure du ligament large. A ce niveau on découvre une déchirure et un varicocèle des vaisseaux utérins.
- 4/- la déchirure du feuillet postérieur du ligament large siège électivement à la partie basse du mésométrium au niveau de l'isthme. MASTERS et ALLEN la décrivent habituellement verticale. Elle atteint parfois les ligaments utéro-sacrés qui ont habituellement perdu leur tonicité. Elle intéresse toujours deux plans: le péritoine et le fascia celluleux sous-jacent. Elle est souvent bilatérale.

Cette déchirure péritonéale est souvent d'une netteté absolue avec des bords aussi larges que ceux de la déchirure du fascia sous péritonéal mais elle est parfois minime, sous forme d'érosion multiples en tête d'épingle et beaucoup moins importantes que la brèche du fascia dont on retrouve les bords rétractés,

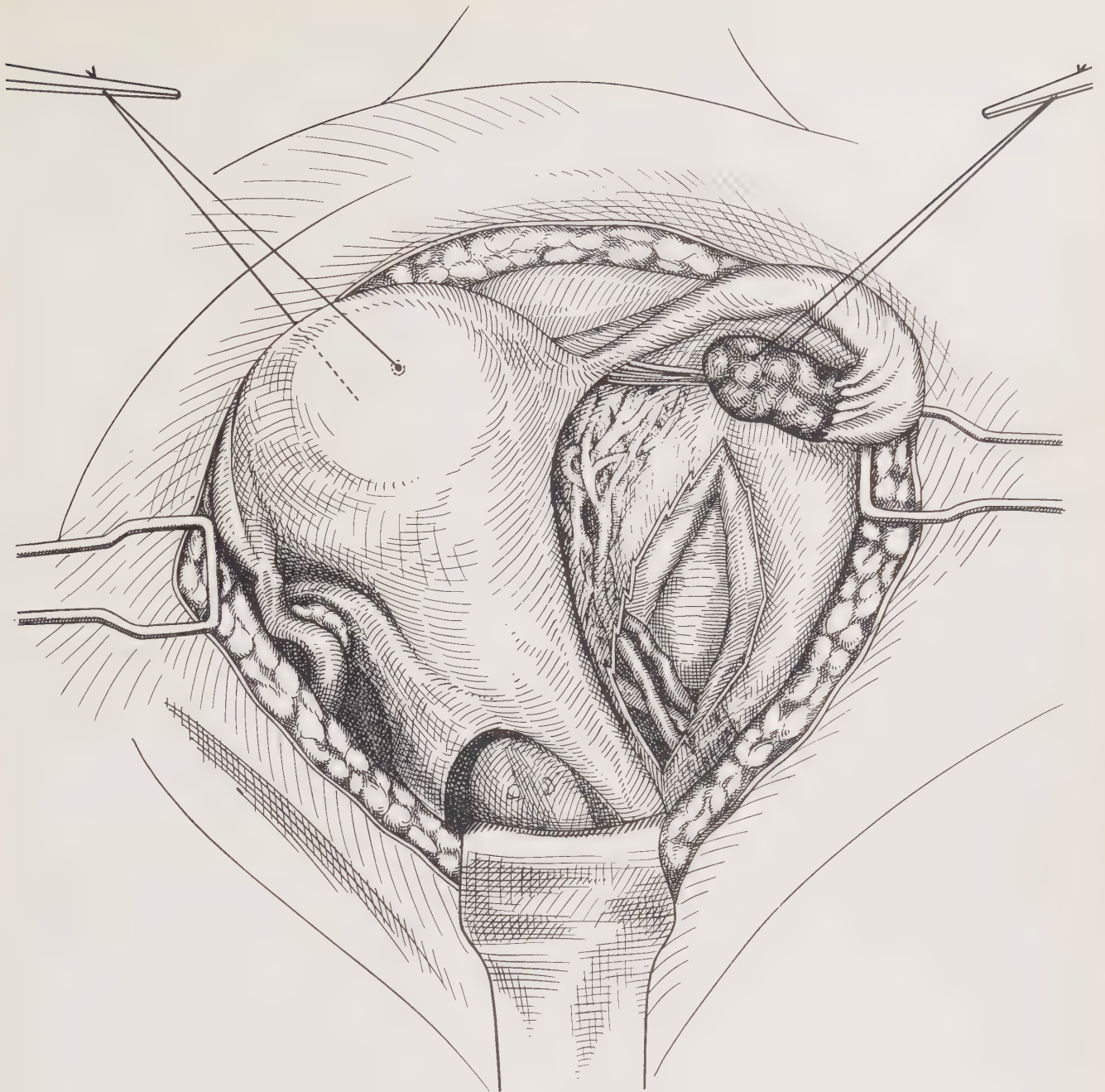


Figure 1

Déchirure unilatérale du ligament large
(D'après W.H. Masters et W.M. Allen).



l'un contre le corps utérin, l'autre contre la paroi pelvienne.

5/- le varicocèle est toujours d'une impressionnante intensité: il s'agit avant tout du varicocèle des vaisseaux utérins le long du bord de l'utérus et à la base du ligament large. Ils font saillie à travers la brèche péritonéale "étant ainsi complètement à découvert dans la cavité péritonéale". MASTERS et ALLEN signalent aussi avoir vu sourdre pendant la réparation de la déchirure en goutte à goutte, une sérosité se collectant dans le cul-de-sac de Douglas et notent un aspect inflammatoire du péritoine marqué par l'injection et la dilatation de petits vaisseaux.

Tel est ainsi schématisé et décrit le syndrome typique de déchirure du ligament large.

o

o o

I - ETUDE CLINIQUE =====

Ce tableau que nous avons ainsi schématisé sous forme d'un trépied anatomo-clinique pose plusieurs problèmes.

PROBLEME DE SON AUTONOMIE :

La déchirure du ligament large est un fait anatomique indiscutable. Si elle a été si longtemps méconnue, cela provient du fait que la face postérieure du ligament large n'est pas ou peu visible lorsque la malade se trouve en position opératoire de TRENDLENBURG. Mais ce qu'on peut discuter c'est la relation qui existe entre la brèche ligamentaire et les troubles présentés, c'est à dire son autonomie en tant qu'entité anatomo-clinique.

Les 42 observations de déchirure ligamentaire que nous apportons confirment les grandes lignes du tableau décrit par MASTERS et ALLEN. Cependant des remarques doivent être faites à propos de sa fréquence , de son étiologie, des signes cliniques présentés et de son diagnostic.

Sa fréquence semble assez importante à considérer les 42 observations réunies depuis octobre 1955. Mais ces observations provenant de plusieurs sources, il convient, pour juger de la fréquence réelle de prendre comme référence les 10 cas observés à la Maternité de Port Royal, de Janvier 1956 à novembre 1959 et les comparer à l'ensemble de l'activité opératoire du service.

Pendant cette période, s'étendant à peu près sur 4 ans, on dénombre :

- 402 interventions d'exérèse,
- 106 interventions plastiques comprenant :
 - . 38 prolapsus
 - . 28 plasties tubaires,
 - . 30 cures de rétroversion sans lésions du ligament large,
- 97 interventions diverses (excluant les curetages, les avortements thérapeutiques, les césariennes),

soit au total 605 interventions gynécologiques.

Par rapport à ce total, les 10 cas de réparation du ligament large représentent un taux de 1,6 % ce qui est relativement faible. Toutefois ce taux est plus élevé dans le cadre des interventions plastiques :

- 1 fois sur 10 interventions plastiques,
- 1 fois sur 4 cures de rétroversion: utérine

Ce dernier rapport est important à souligner. Sans avoir une valeur statistique formelle, il donne une certaine orientation sur la fréquence de ce syndrome. Il signifie qu'environ un quart des rétroversions, suffisamment douloureuses pour gêner l'activité sociale et imposer l'intervention, s'accompagnent d'une déchirure du ligament large.

Sur le plan étiologique, l'origine obstétricale a une place prépondérante (voir tableau I) puisqu'on retrouve cet antécédent, un ou plusieurs accouchements ou fausses-couches curetées, dans 40 observations sur 42 dont 33 accouchements et 7 curetages. Mais cet antécédent n'apparaît nettement comme élément causal, la femme faisant remonter avec précision le début des troubles à cet épisode, que dans 27 cas dont 23 accouchements et 4 curetages. En outre, même dans ces cas, le traumatisme obstétrical est loin d'être constant. Sur 23 accouchements, une dystocie plus ou moins nette n'est retrouvée que dans 11 cas :

- 6 accouchements longs et pénibles terminés
par une application de forceps,
- 5 accouchements de gros enfants dont le poids
est égal ou supérieur à 4.000 g.

Mais 12 apparurent dans les suites d'accouchements normaux avec fœtus de poids normal.

Sur les 4 curetages, un seul peut apparaître comme traumatique

TABLEAU I - Circonstances étiologiques (42 observations)

1 - Antécédent obstétrical précis avec troubles remontant à :

a - un accouchement normal	12
b - un accouchement dystocique	6
c - un accouchement de gros enfant	5
d - un curetage	4
TOTAL	27

2 - Antécédent obstétrical mais troubles apparaissant sans liaison direct avec l'épisode obstétrical :

a - un ou plusieurs accouchements	10
b - un ou plusieurs curetages	3
TOTAL	13

3 - Troubles apparus au cours d'une grossesse 1

4 - Pas d'antécédent gravido-puerpéral 1

puisque'il détermine une synechie utérine (obs. 22). D'ailleurs dans le cadre du curetage il est difficile d'objectiver le traumatisme: la béance secondaire, la synechie utérine en sont parfois les témoins.

Dans leur publication MASTERS ET ALLEN signalent 9 cas où l'histoire obstétricale ne fut nullement démonstrative. Toutefois une notion est à retenir dans les cas où l'antécédent obstétrical est net : la primiparité est une condition favorisante (tableau II) puisque sur les 23 accouchements qui semblent être l'épisode déclenchant. Il s'agit :

- 13 fois de primipares,
- 5 fois de secundipares,
- 4 fois de tertipares,
- 1 fois de quartipare.

TABLEAU II - Parité et déchirure ligamentaire

Primipare	13

Secundipare	5

Tertipare	4

Quartipare	I

TOTAL	23

Ceci se conçoit parfaitement si on fait le parallèle avec les déchirures des parties molles se produisant lors de l'accouchement.

Pourtant, dans notre statistique, nous ne trouvons pas de primipares âgées c'est-à-dire de plus de 35 ans chez lesquelles les tissus moins souples sont propices à la déchirure. L'âge s'échelonne entre 18 et 31 ans avec un âge moyen se situant autour de 21 ans. Cela montre qu'en plus de l'état préalable des tissus, doivent entrer en jeu, comme pour les déchirures du col, les circonstances même de l'accouchement et plus précisément l'état du mobile foetal: son volume, la déflexion de la présentation, les manoeuvres que l'on a pu faire sur l col insuffisamment dilaté.

Les deux derniers cas de notre étude sont intéressants parce que l'antécédent obstétrical y fait défaut:

- dans l ~~cas~~ on découvrit une déchirure bilatérale du ligament chez une vierge authentique (Obs. n° 2),
- dans l'autre, l'origine des troubles remontent au tout début d'une première grossesse (Obs. n° 38).

Cet aspect étiologique de déchirure ligamentaire est nouveau et pose un problème étio-pathogénique sur lequel on reviendra.

Sur le plan clinique, quelques remarques sont à faire.

L'acuité des troubles fonctionnels ou généraux nous a toujours frappé. Cette disproportion entre leur intensité et la pauvreté de l'examen clinique doit inciter à rechercher les éléments du syndrome devant une rétroversion utérine apparemment banale.

Parmi les manifestations fonctionnelles le syndrome algique domine (tableau III).

Les douleurs abdomino-pelviennes (33 cas) diffuses de la région hypogastrique se localisent parfois volontiers à la partie médiane ou latéralement, et, dans ce dernier cas, s'associent à des lombalgies (9 cas). Elles surviennent par crises, parfois véritablement syncopages, entre lesquelles existent parfois un endolorissement permanent. Elles sont provoquées ou exagérées par l'orthostatisme et exacerbées dans la période pré-menstruelle, obligeant souvent ces femmes au repos prolongé.

TABLEAU III - Troubles fonctionnels et généraux (42 Obs.)

Douleurs pelviennes	33
Douleurs lombaires	9
Dyspareunie	23
Dysménorrhée	15
Ménométrorragies	10
Troubles urinaires	7
Troubles rectaux	5

Asthénie	18
Amaigrissement	7
Troubles psychiques	5
Aucun trouble	2

Elles ont parfois fait porter l'indication d'une appendicectomie à froid qui n'a apporté aucune amélioration bien au contraire.

La dyspareunie profonde est déjà un signe plus particulier. Elle est retrouvée dans plus de la moitié des cas (23 cas). Elle ne fait souvent que s'aggraver avec le temps qui amplifie la résonnance psychique en confinant la femme dans une attitude négative préjudiciable à l'équilibre conjugal et à son équilibre tout court.

La dysménorrhée (15 cas) n'est pas toujours secondaire à l'épisode obstétrical. Elle existait parfois auparavant mais elle a été considérablement aggravée par ce dernier.

Les ménorragies (10 cas) apparaissent tantôt sans cause apparente, tantôt dues à une lésion organique (hyperplasie glandulo-kystique, myome ou polype). Il ne semble pas qu'il faille y attacher une valeur séméiologique dans le cadre de ce syndrome. De même, les troubles urinaires (7 cas) sont si souvent associés aux troubles gynécologiques qu'ils n'ont aucune incidence diagnostique. Par contre,

les troubles rectaux (5 cas) sont assez singuliers si lors de la défécation la femme se plaint d'une douleur identique à celle qui est la source de sa dyspareunie (Obs. n° 35) et d'une constipation réflexe.

Le syndrome algique n'est pas sans retentir sur l'état général et le psychisme.

L'asthénie est un signe quasi constant et si nous n'en relevons que 18 cas dans notre statistique, c'est que nous n'avons voulu retenir que les formes d'asthénie manifestement pathologique. Elle s'accompagne parfois d'un amaigrissement considérable (Obs. n° 35).

VERNE signale même un cas où en raison même d'un important amaigrissement la malade avait été préalablement hospitalisée dans un service de médecine générale où de nombreuses explorations avaient été entreprises pour en trouver l'origine.

Il est concevable que de tels troubles entraînant des perturbations conjugales, familiales et sociales, retentissent sur l'état psychique de ces femmes et les fassent considérer comme de véritables psychopathes avec l'aggravation et l'échec qu'on devine. Dans nos observations, 5 ont été ou ont failli être dirigées vers des consultations psychiatriques.

Quant aux signes recueillis à l'examen, quelques remarques aussi s'imposent .

La rétroversion utérine est un signe prédominant puisqu'elle fut retrouvée dans 34 observations. Il s'agit toujours d'une rétroversion mobile, douloureuse à la mobili-

sation et s'accompagnant souvent d'un véritable "cri du Douglas" lorsqu'on mobilise le col ou qu'on appuie sur le cul-de-sac postérieur mais elle n'est pas constante: dans 8 de nos observations, nous trouvons un utérus en antéversion alors qu'il existait manifestement une déchirure ligamentaire. Toutefois, il faut noter que dans 5 cas sur 8 elle fut trouvée unilatérale. On comprend qu'une rupture ligamentaire d'un seul côté laisse suffisamment d'attache au col pour ne pas troubler la statique normale de l'utérus.

Le signe de "l'universel joint cervix" qu'on a comparé à un col "fou" ou à une "bouée flottante" bien que non constant est très fréquent. Nous le retrouvons 30 fois sur 42; lorsqu'il existe l'utérus est le plus souvent en rétroversion: lorsqu'il manque l'utérus est en anté-version ou le plus souvent la déchirure est unilatérale. Ce qui nous a semblé plus constant c'est la douleur à la mobilisation du col en particulier lorsqu'on le repousse en avant ou en haut, étirant de ce fait les utéro-sacrés.

Une déchirure du col (4 cas), une béance de l'isthme (1 cas) ou un prolapsus peuvent s'associer à cette déchirure. Cette coexistence est loin de nous étonner puisque ces diverses lésions semblent procéder du même mécanisme. Ce sont même des arguments cliniques importants quand ils existent en faveur d'une déchirure ligamentaire: la déchirure du col peut même en préciser la localisation unique ou prédominante. L'observation n° 5 et n° 27 montre une déchirure du col commissurale remontant jusqu'au cul-de-sac gauche accompagnée d'une déchirure ligamentaire du même côté.

MASTERS et ALLEN signalent un rapport de proportionnalité entre l'intensité des troubles et le degré d'éten-
due ou d'ancienneté présumée de la brèche. Il ressort de nos

observations, en effet, que le syndrome algique le plus accusé était toujours associé à une déchirure bilatérale des ligaments larges.

Deux de nos observations sont quasiment asymptomatiques (obs. 6 et 29). La brèche ligamentaire fut une découverte opératoire, l'indication ayant été portée pour une autre raison: fausse-couche à répétition d'une part, ménorragie avec polype du fond utérin d'autre part. Il s'agit de deux déchirures ligamentaires sans cortège fonctionnel. Faut-il voir là une déchirure cicatrisée et partant sans retentissement algique ? La guérison par cicatrisation, comme pour toute déchirure tissulaire au fond, semble concevable.

En reprenant et analysant nos observations, nous avons voulu montrer qu'il existe des formes atypiques, ne serait-ce que parce que le traumatisme obstétrical n'est pas toujours évident, que la rétroversion utérine manque parfois, en particulier dans les déchirures unilatérales, et que le col "fou" si particulier n'est même pas toujours rencontré. Mais parce que nous en avons des formes schématiques, l'autonomie de MASTERS et ALLEN n'est pas discutable ces formes atypiques ne rendent que plus délicat le problème de son diagnostic.

PROBLEME DIAGNOSTIC :

Devant une forme typique en rétroversion douloureuse, ce syndrome est facilement évoqué. On acquiert même une certaine propension à l'évoquer abusivement devant toute rétroversion utérine douloureuse. Mais toute rétroversion

utérine douloureuse n'est pas due à une rupture du ligament large à beaucoup près: les rétro-versions acquises, fixées, d'origine inflammatoire ou associées à une endométriose ou même les rétro-versions supposées congénitales que l'on découvre chez la jeune fille, sont beaucoup plus fréquentes et peuvent entraîner une symptomatologie fonctionnelle comparable.

Dans les formes atypiques, caractérisées en réalité par des algies apparemment essentielles, rien au fond ne permet de préjuger de ce syndrome. Et en définitive, seule l'intervention permet d'affirmer ou de le découvrir. Encore faut-il pouvoir légitimer cette intervention c'est là que l'épreuve du pessaire nous a semblé intéressante. Un pessaire de DUMONT PALLIER n° 7 ou n° 8 selon l'amplitude du vagin est mis en place quelques jours après les règles et retiré après les prochaines règles. On juge l'état de la malade après la pose et après l'ablation du pessaire. Cette épreuve et contre-épreuve a été effectuée dans 10 de nos observations:

- 4 épreuves sur utérus anté-versé (obs. 25-38-39-42)
- 6 épreuves sur utérus rétro-versé ; après correction de la rétro-déviatiion (obs. 11-17-18-36-37-40)

8 épreuves furent positives c'est-à-dire ont apporté lors de la pose du pessaire une sédation souvent immédiate du syndrome algique avec une amélioration de l'état général; inversement, la suppression du pessaire a entraîné le retour des troubles antérieurs. 2 épreuves furent négatives et, fait particulier, elles coïncidèrent avec un échec opératoire (Obs. 36-40).

Dans les 4 observations qui nous paraissent démonstratives de J.M. VERNE, il y eut 4 épreuves du pessaire positives.

Sans entrer pour le moment dans l'explication de ce phénomène, retenons seulement son incidence clinique; deux faits sont à considérer:

- l'amélioration des troubles par le pessaire lorsque le résultats opératoire fut favorable,
- amélioration qui touche aussi bien les syndromes sur utérus anté versés que rétro versés.

Cette épreuve qui parait avoir, à la fois une incidence diagnostique et pronostique, permet donc de proposer à ces malades une intervention'. Lorsqu'elle est négative c'est une invite à chercher autre chose :

- une péri-annexite avec des adhérences,
- une dystrophie ovarienne,
- une endométriose
- une paramétrade postérieure,

sans oublier les arthroses ou discopathies lombo-sacrées et sacro-iliaques.

L'intérêt de la coelioscopie est surtout éliminer de telles affections para-utérines car la déchirure du ligament large est difficile à voir malgré la vanule intra-utérine qui redresse l'utérus en raison de la déclivité de

la malade nécessaire à l'examen et du prolapsus fréquent des annexes masquant la face postérieure du ligament large. Nous avons pourtant un cas où le diagnostic fut fait par la coelioscopie (Obs. 22): il s'agissait d'ailleurs d'un utérus en anté-version. (Docteur MUSSET)

Dans l'ensemble, la confirmation du diagnostic ne peut être apportée que par l'exploration opératoire. Cette exploration nous a permis de distinguer deux formes anatomiques :

- l'une constitue une déchirure complète du péritoine et du fascia sous-péritonéal au niveau du mésométrium, mordant en bas sur le paramètre. La pince à disséquer ne soulève aucun voile péritonéal; il existe une brèche au niveau du feuillet postérieur du ligament large et du tissu cellulo-fibreux sous-jacent.
- l'autre, aussi fréquente, réalise une dilacération du fascia sous-péritonéal sans rupture du péritoine; mais ce dernier apparaît transparent comme "usé au coude" (VARANGOT-GRANJON), manifestement lui aussi dilacéré, laissant saillir d'énormes plexus veineux utérins. Cet aspect où le varicocèle est prédominant correspond sans doute à une forme inachevée ou incomplète de rupture. Il y a là une question de degré dans la déchirure.

Encore faut-il dans l'exploration du ligament large une indispensable douceur de geste pour éviter de créer extemporanément une déchirure lors de la correction d'une rétro-

version utérine (Obs. 43). Les adhérences comblant le Douglas sont, on le sait le plus souvent d'origine inflammatoire mais il n'est pas sûr que certaines déchirures du ligament large n'entraînent pas, elles aussi, une réaction plastique péritonéale du voisinage (obs. 28). A un moindre degré, le péritoine pelvien apparaît toujours succulent ou congestif avec parfois un piqueté des petits vaisseaux sous péritonéaux.

Les constatations opératoires ont été les suivantes (tableau IV).

- 23 déchirures bilatérales,
- 13 déchirures du ligament latéral gauche,
- 6 déchirures du ligament latéral droit.

Aucune déchirure n'atteignait le ligament utéro-sacré.

TABLEAU IV - Constatations opératoires (42 observations)

Déchirure bilatérale	23
Déchirure gauche	13
Déchirure droite	6
Varicocèle	26
Sérosité péritonéale	12
Rétroversion utérine	32
Utérus en position intermédiaire	4
Utérus en anté-version	6
Dystrophie ovarienne	6

En dehors de la prédominance de la bilatéralité, il faut retenir aussi la fréquence des déchirures gauches comme dans les ruptures utérines au cours du travail.

A cette déchirure qui est la base du syndrome, s'associe une rétroversion utérine importante dans 32 cas. Cette malposition n'est pas constante puisque confirmant les données cliniques, on trouve à l'intervention 4 utérus en position intermédiaire et 6 en anté-version normale.

Le varicocèle des vaisseaux du ligament large, a différencier du varicocèle tubo ovarien qui se voit surtout en cas de prolapsus des annexes dans le Douglas, a été noté dans presque tous les cas. C'est donc un excellent signe.

La sérosité collectée dans le Douglas a frappé les opérateurs par son importance dans 12 cas.

Une dystrophie ovarienne fut notée dans 6 cas.

Dans toutes les rétro-versions associées à une déchirure, les ligaments ronds et les utéro-sacrés ont toujours paru extrêmement minces, peu consistants le Douglas souvent extrêmement profond.

°

° °

II - ETIO - PATHOGENIE

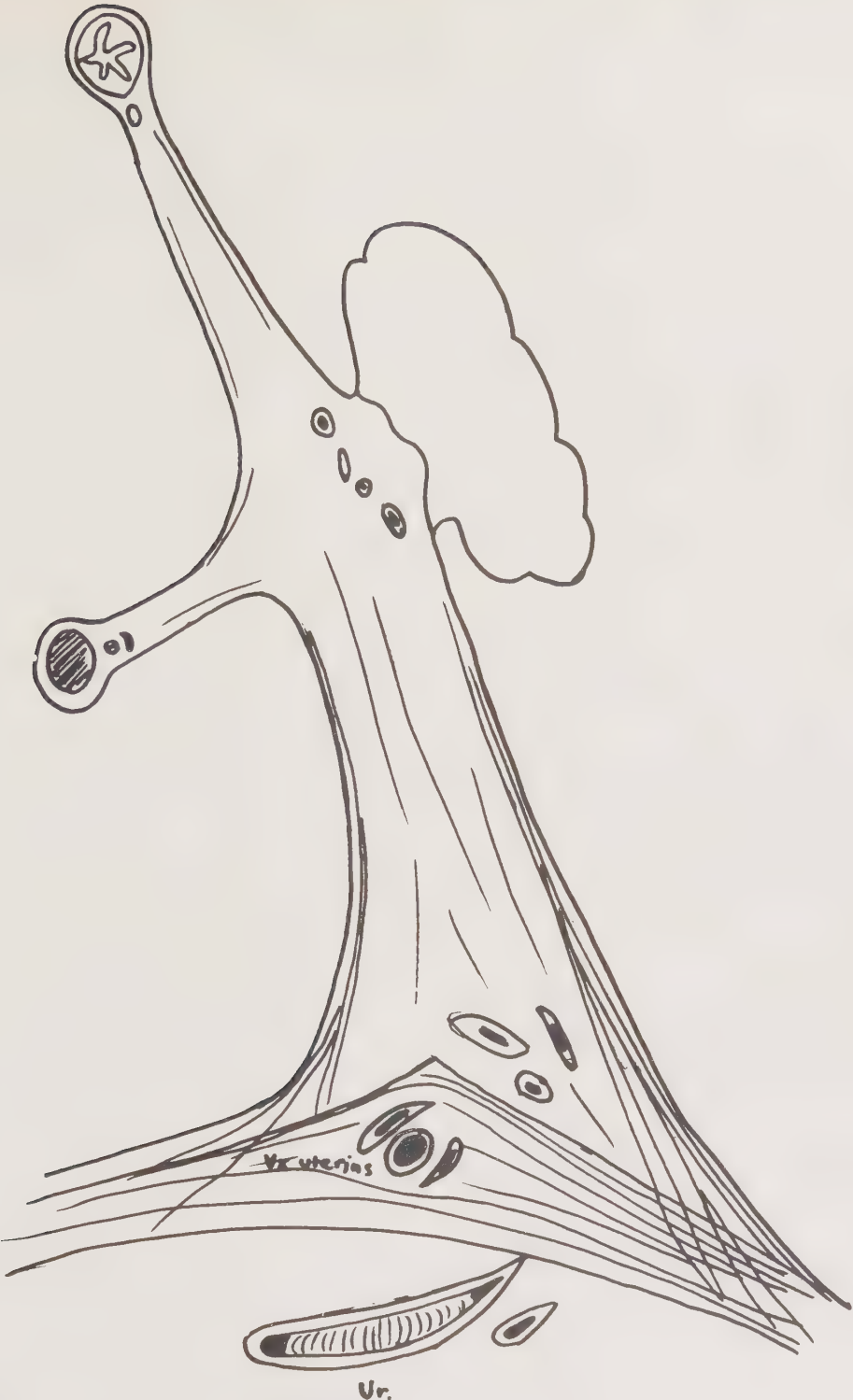
=====

Avant de l'aborder, il convient d'apporter des précisions anatomiques sur le siège de la déchirure et les éléments qu'elle intéresse, indispensables à la compréhension de l'anormale mobilité du col et aussi à la bonne exécution de la suture ligamentaire.

La déchirure intéresse la face postérieure du ligament large au niveau de l'isthme utérin c'est-à-dire la région du ligament large appelée mésométrium. A ce niveau. le feuillet postérieur du ligament large est fait d'une lame péritonéale que doublent profondément quelques éléments cellulo-fibreux et surtout des fibres musculaires lisses provenant de la couche superficielle du muscle utérin (ROUVIERE) et parfois du ligament infundibulo-pelvien (ROUGET). Ces fibres musculaires s'observent nettement parce qu'hypertrophiées par la grossesse au cours des opérations césariennes, sous forme de tractus rougeâtres sillonnant le ligament large.

On sait que, dans certaines régions elles se rassemblent en volumineux faisceaux qui sont les ligaments ronds

SCHEMA I



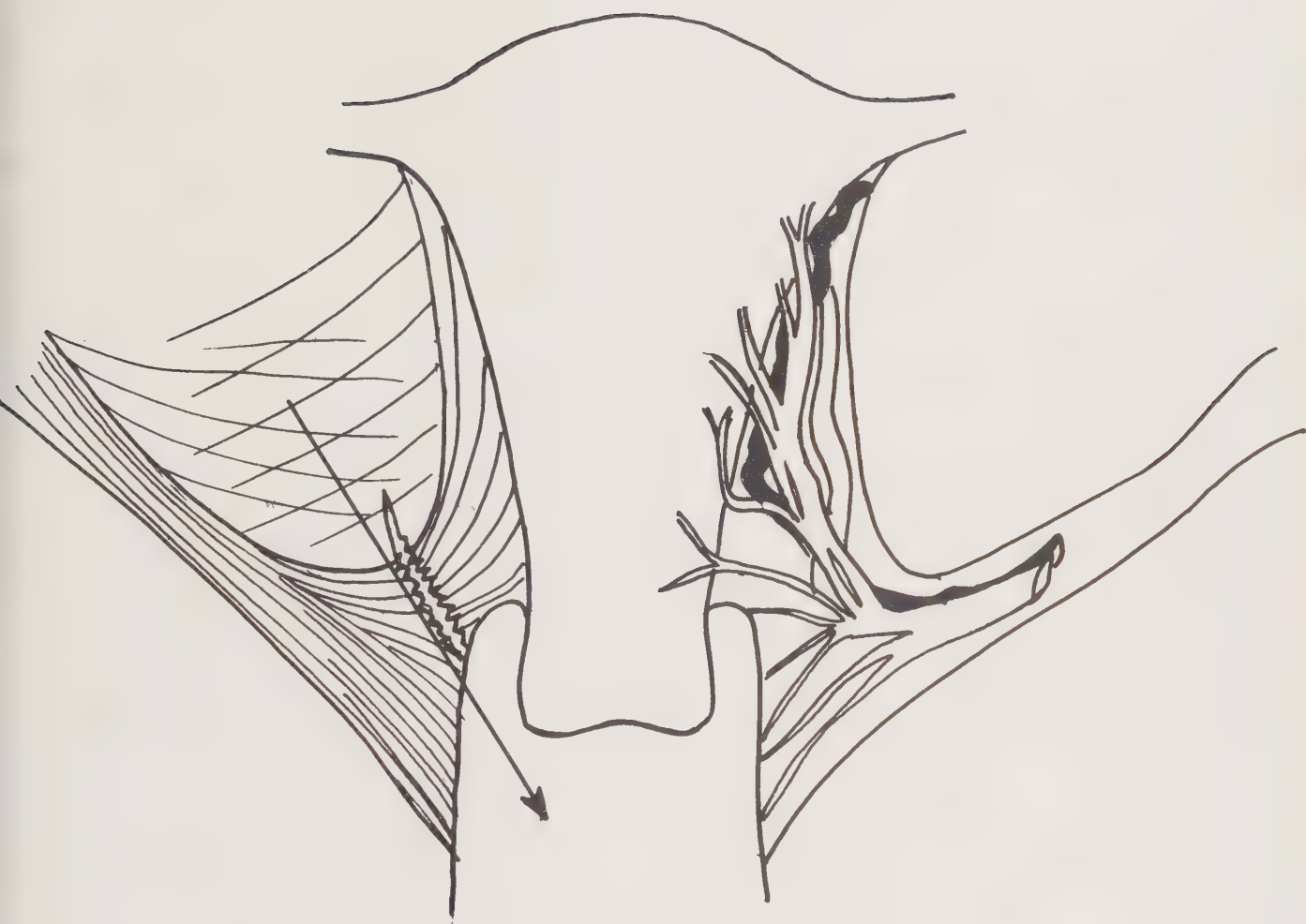
en avant, les ligaments utéro-ovariens et utéro-sacrés en arrière.

On peut distinguer au tissu cellulo-fibreux sous péritonéal deux zones :

- dans la partie supérieure du mésométrium, ce tissu est lâche, parfois même arachnoïdien. Y cheminent, outre les pédicules vasculaires utérins en dedans le long de l'utérus, quelques petites artérioles qui unissent l'artère utérine à la vascularisation tubo-ovarienne. A ce niveau ce fascia sous péritonéal est difficile à disséquer et à suturer
- dans la partie inférieure du mésométrium, au niveau de l'isthme et de la portion sus-vaginale du col, il se condense en un véritable faisceau de fibres conjonctivo-musculaires :
 - . les unes à trajet transversal: c'est le ligament de Mackenrodt des Anglo-Saxons:
 - . les autres à trajet antéro-postérieur: c'est le ligament utéro-sacré et son prolongement antérieur constituant les aponévroses savro-génitales de P. DELBET.

Le ligament de MACKENRODT est plus connu, en France, sous le nom de tissu cellulo-fibreux du paramètre, gaine de l'artère hypogastrique (HOVELACQUE), aponévrose couvrant les vaisseaux (FARABOEUF). Peu important les noms. Il s'agit

SCHEMA II



d'une lame de fibres conjonctives denses, résistantes, qui naît de tout le pourtour du détroit supérieur et converge vers le col-utérin et la partie supérieure du vagin. Elle acquiert son maximum de développement à l'isthme utérin autour duquel elle forme pour ainsi dire un cylindre creux constitué par un tissu conjonctif dense, blanc, brillant (POIRIER).

Sur une coupe para-sagittale du ligament large (sch. 1), ce ligament de MACKENDRODT apparaît comme un coin fibreux à sommet supérieur, perforé de nombreuses lumières vasculaires, veineuses ou lymphatiques. Vu de face, ce ligament qui entoure les vaisseaux utérins et vaginaux, se dispose sur le bord latéral de l'utérus surtout du fait de gros plexus veineux, en une masse triangulaire allongée dont la base correspond au bord utéro-vaginal (sch. 2) et descend assez bas sur le bord du vagin.

Il est important de savoir que cette lame fibreuse est mélangée à des éléments musculaires lisses qui se prolongent sur l'utérus et le vagin et se confondent avec leurs fibres superficielles et que c'est elle qui est le tissu de soutien des vaisseaux du ligament large.

Ce ligament ou cette lame se prolonge sur les deux faces du col et de l'isthme (CHARPY). En avant, il remonte jusqu'au point où le péritoine devient viscéral et adhérent; en arrière, il arrive également jusqu'à l'isthme. Ce ligament attache ainsi l'isthme utérin et le col en dehors et en arrière à la paroi pelvienne. C'est en réalité le ligament d'amarrage latéral du col utérin.

C'est lui qui est rompu lors du traumatisme obstétrical et dont les bords se rétractent vite, l'un en dedans

contre la paroi utérine, l'autre en dehors contre la paroi pelvienne mais qu'une dissection un peu minutieuse arrive toujours à retrouver car, à ce niveau, il s'agit d'un fascia à trame dense.

Les ligaments utéro-sacrés, parfois intéressés par la déchirure (MASTERS et ALLEN) représentant le deuxième élément de soutien du col. Ils sont formés de faisceaux conjonctifs et musculaires lisses qui naissent de la face postérieure du col près des bords latéraux au voisinage de l'isthme où, s'unissant entre eux, ils se dirigent en haut et en arrière et se terminent sur la face antérieure du sacrum.

Ils soulèvent le péritoine en un repli courbe, concave en dedans, qui limite latéralement le Douglas. Ils contiennent des veines qui relient la circulation utérine et rectale et essentiellement des éléments nerveux du plexus hypogastrique.

Les ligaments sont également intéressés par le traumatisme obstétrical, car comme le ligament de MACKENRODT, ils fixent solidement le col en arrière d'autant plus solidaires du col que certaines fibres internes émanent de la couche superficielle de l'utérus mais plus solides que le ligament de MACKENRODT par leur texture nerveuse, ils se déchirent plus rarement.

EN CONCLUSION, l'étude anatomique montre qu'il existe autour du col un feutrage cellulo-conjonctif dense, représenté par les ligaments de MACKENRODT et les utéro-sacrés dont les fibres sont intimement mêlées entre elles et

avec des fibres de la couche musculaire superficielle de l'utérus. Ce manchon d'arrimage parce qu'il est en continuité avec le muscle utérin du col peut se distendre ou se rompre au cours de la gravidité. En fait, ce système au début de la grossesse du fait de l'inhibition gravidique se fait moins rigoureux, permettant la formation du segment inférieur. Il faut noter que la face antérieure de ce dernier se développe plus rapidement que sa face postérieure bridée par les solides ligaments utéro-sacrés. Ceci peut expliquer la position fréquemment postérieure du col en fin de grossesse (EZES). Au cours du travail, tous les moyens de fixité de l'isthme et du col entrent en jeu. De ce fait, l'orifice externe du col ne tend pas à modifier sa position par rapport au bassin durant la période d'effacement de dilatation du col. C'est lors de l'engagement et surtout de la descente, de la présentation dans l'excavation pelvienne que ces ligaments supportent les plus grandes forces et qu'ils peuvent se rompre: désinsérant dès lors le col qui rompt ses amarres, entraîne l'utérus en rétro-version et présente une mobilité anormale comme "une bouée flottante".

Le trauma obstétrical peut jouer par deux forces au niveau du segment inférieur et du col.

- une force transversale excentrique réalisée par la surdistension créée par le pôle foetal foetal s'engageant dans l'excavation pelvienne,
- une force verticale, agissant de haut en bas, engendrée par les contractions utérines propulsant la présentation.

Ces deux formes agissent simultanément sur le segment inférieur et sur ces moyens d'attaches qui sont surtout les paramètres et les ligaments utéro-sacrés.

La résultante de ces deux forces agit par cisaillement au niveau du ligament large rompant surtout les ligaments transversaux de MACKENRODT.

Normalement, en raison de la souplesse de la trame fibro-conjonctive et des fibres musculaires hypertrophiées de ces ligaments créés par l'état gravidique, ces ligaments se distendent mais ne se rompent pas. Pour qu'il y ait dilacération ou rupture fascio-péritonéale, il faut invoquer plusieurs facteurs :

- facteurs externes qui n'agissent qu'en augmentant le degré de ces forces, créant ainsi le traumatisme:

- . généraux : comme toutes les dystocies d'origine foetale, par excès de volume ou anomalie de la présentation, exagérant les diamètres normaux du pôle foetal.
- . plus particuliers et plus importants à nos yeux comme certaines manoeuvres obstétricales où, plus qu'une mauvaise technique, joue une mauvaise indication : application de forceps avec grande rotation, faites sur tête haut située dans l'excavation et surtout sur un col incomplètement dilaté, et peut être plus encore, ces accouchements qualifiés de

"normaux" où une expression utérine forcée, des efforts expulsifs demandés trop tôt à la parturiente avant dilatation complète, entraînent à la vulve le col en même temps que la tête foetale.

Accouchements "normaux" mais impétueux dont le témoin fréquent est de voir, après la délivrance, le col sans amarre à la dérive se montrer oedématié et dilacéré à la vulve.

- Facteurs internes qui favorisent la déchirure en créant des conditions propres à celle-ci: l'atrésie ou la sclérose des ligaments engendrée par une congestion chronique, une inflammation préalable des paramètres.

Si les incidences du traumatisme obstétrical connu ou méconnu sont faciles à envisager, il est plus difficile d'expliquer les déchirures survenant au cours d'un curetage ou même en dehors de toute expulsion ou manoeuvre intra-utérine.

Est-ce au cours d'un curetage, la dilatation aux bougies qui déchirent plus qu'elles ne dilatent le col; l'action répétée de la curette sur l'orifice interne du col qui propage la déchirure du col au paramètre ? (Obs. 22).

Est-ce le redressement progressif au cours des premiers mois de la gestation d'un utérus en rétro-version congénitale ? (Obs. n° 38)

Est-ce chez une vierge le tiraillement ligamentaire d'un utérus en rétro-version congénitale (Obs. n° 2) ?

Est-ce dans ce dernier cas, hors le traumatisme, une simple anomalie congénitale ?

Toutes ces hypothèses demandent une confirmation mais ce qui est indiscutable c'est que l'on trouve de telles déchirures dans les suites de curetage et exceptionnellement chez les nullipares et vierges.

En ce qui concerne la physio-pathologie du syndrome, MASTERS et ALLEN considèrent l'irritation chronique du péritoine entretenue par la sérosité transsudante de la brèche péritonéale et se collectant dans le Douglas comme la base du syndrome algique. Il est facile d'arguer, et peut être plus vrai, de considérer cette sérosité comme le témoin et non la cause d'une irritation chronique péritonéale.

Pour notre part, nous pensons que l'origine des troubles provient autant de la déchirure que de sa conséquence immédiate: la sésinsertion du col et de l'isthme utérin. L'utérus ayant perdu plus ou moins totalement son système d'amarrage inférieur, toutes les pressions exercées sur lui déterminent des mouvements anormaux du col immédiatement ressenties par les fibres nerveuses des utéro-sacrés.

Les algies restent donc pour nous en partie dans le cadre des algies orthostatiques, déjà évoquées par ROUX de Montpellier et KLINK à propos de certaines algies pelviennes essentielles. Elles n'en sont qu'un aspect particulier.

Cette notion est importante: elle seule permet d'expliquer :

- le caractère provoqué des douleurs par la station debout, les efforts, la défécation, le coït, la douleur à la mobilisation du col,
- la recrudescence pré-menstruelle des douleurs au moment où l'utérus s'alourdit,
- la positivité de l'épreuve du pessaire, même lorsque la rétro-version est mal corrigée (obs.), même sur des utérus en anté-version. Le pessaire agit comme un moyen de contention orthopédique du col,
- les échecs du traitement, en particulier dans les sutures isolées, lorsque la réparation n'a pu rendre une normale fixité au col en raison de la minceur ou du délabrement des ligaments de MACKENRODT. Au contraire , l'excellence du résultat, même lorsque la suture ne paraît pas satisfaisante, lorsqu'en même temps on a renforcé la statique utérine par une action sur les ligaments ronds et surtout sur les utéro-sacrés,
- les considérations physio-pathologiques expliquent les buts du traitement.

III - THERAPEUTIQUE

=====

A - TECHNIQUE :

La technique de suture de la brèche ligamentaire a été remarquablement décrite par les auteurs américains.

Elle se fait en deux plans à points séparés, catgut fin sur le fascia, nylon 00 sur le péritoine. Certaines difficultés peuvent parfois apparaître dans la suture du plan du fascia sous-péritonéal:

- la rétraction du fascia sous-péritonéal peut être telle que les bords en sont trouvés en dehors jusque sur la paroi pelvienne et en dedans tout contre le bord utérin,
- le danger de blesser les énormes veines qui ont perdu leur tissu fibro-conjonctif de soutien,
- le repérage de l'uretère est indispensable lorsque la déchirure atteint la partie basse du paramètre et les utéro-sacrés, pour éviter de le léser et de trop l'attirer dans la suture.

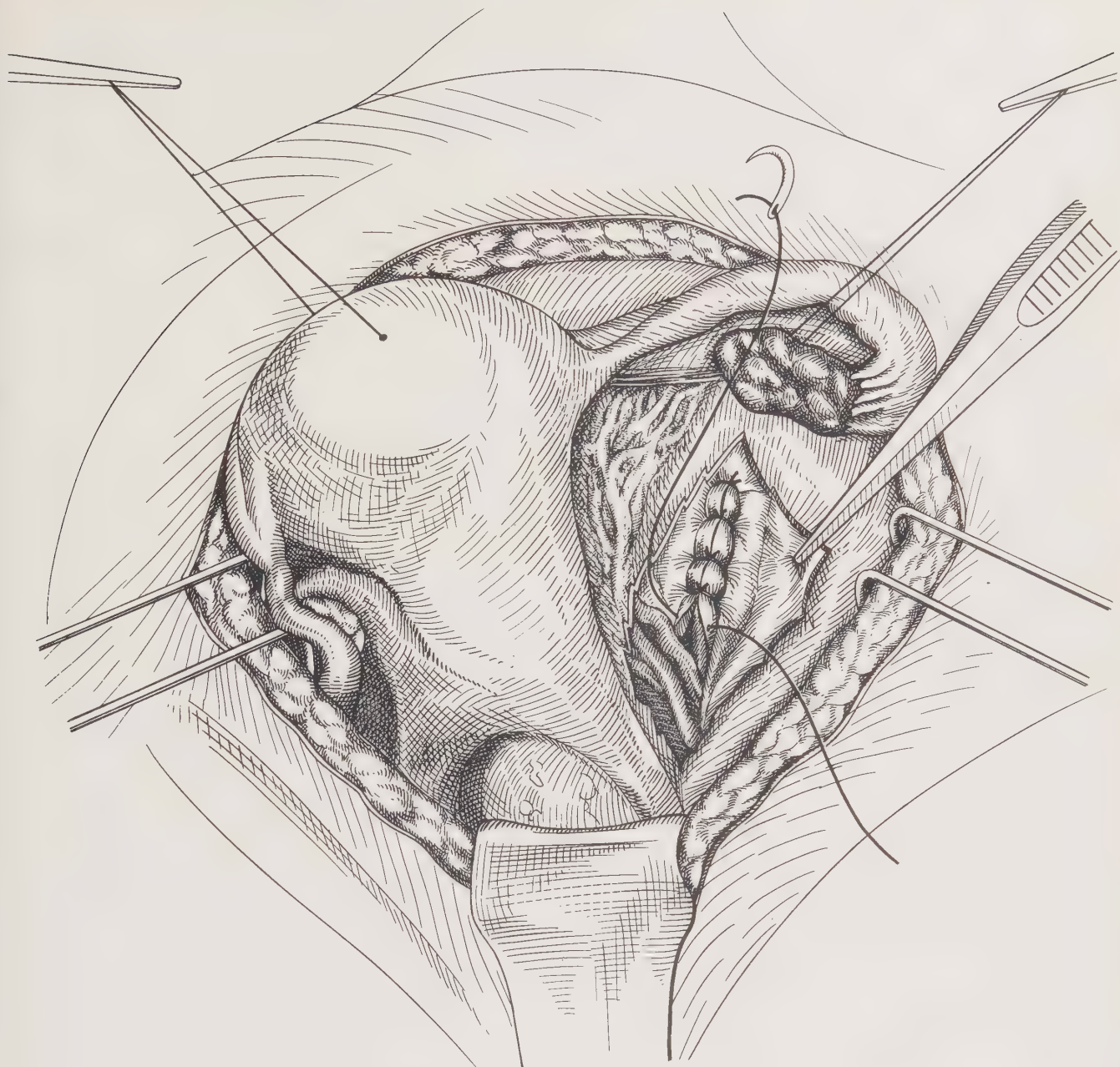


Figure n° 2

Suture du fascia sous-péritonéal.

Aussi est-il souvent nécessaire de faire un clivage poussé en dedans jusqu'à la paroi utérine , en dehors jusqu'à la paroi pelvienne qui retrouve là le plan fibreux utilisé dans la lymphadenectomie pelvienne.

Cet abord du ligament large donne une large vue, dégage les vaisseaux et permet de situer l'uretère. Le plan du fascia est alors suturé en toute sécurité un fascia sous-péritonéal nettement plus solide et homogène est retrouvé à la partie basse de la déchirure au niveau des ligaments de MACKENRODT. A la suite de cette suture il est constant d'avoir un excès de péritoine qui sera ré-séqué avant d'entreprendre la suture péritonéale. En cas de déchirure unilatérale, l'intégrité du péritoine du côté opposé ne suffit pas pour affirmer l'intégrité du fascia sous-jacent. Il semble logique, et nous l'avons fait parfois, d'inciser délibérément le péritoine de ce côté à double titre: pour découvrir une déchirure fasciale et la réparer et pour retendre de manière symétrique les ligaments assurant ainsi une bonne fixité du col ce qui pour nous est primordial.

La réfection péritonéo-fasciale étant faite, il est remarquable de voir se tendre les deux lames du ligament large qui stabilisent le col et maintiennent l'utérus en position normale à telle enseigne qu'il semble inutile de compléter la correction par une pexie ligamentaire ou péritonéale.

On notera en passant que des anciens auteurs, LANSON-TAIT , IMLACH et surtout POLK en 1889 (cité par POZZI dans le Traité de Gynécologie et par LEGUEU dans le traité médico-chirurgical de gynécologie 2° édition 1901) avaient déjà proposé sous le nom de raccourcissement

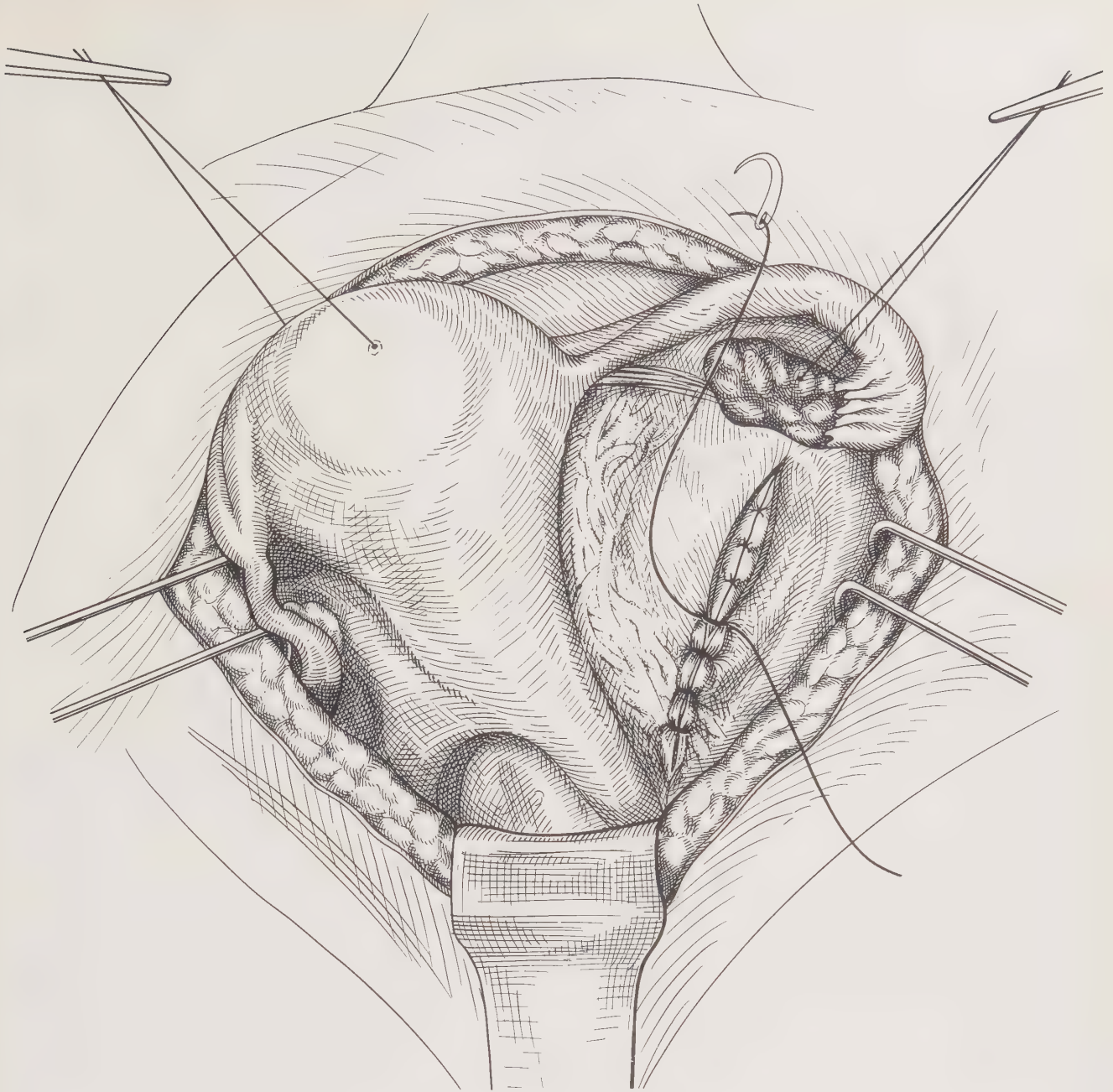


Figure 3

Suture du feuillet péritonéal.

intra-abdominal des ligaments larges, le plissement de ces ligaments dans la cure de rétro-version avec un succès mitigé. Le procédé d'IMLACH consiste à plisser l'extrémité externe du ligament large et le ligament infundibulopelvien. KOCHS (de Bonn - 1896), opérant par voie génitale, utilisait également les ligaments larges en les ramenant au-devant de l'utérus et dans une certaine mesure retenait également les paramètres.

En tout cas, la mise en tension de ces ligaments maintient l'utérus en position normale et l'excédente expression de THOMERET d'"utérus en punching-ball" traduit bien la mobilité élastique retrouvée du corps utérin qui se fait autour d'une charnière redevenue fixe: le col. Simultanément, et comme d'ailleurs après toute cure de rétro-version, l'utérus reprend une teinte normale et diminue de volume. Le problème qui se pose est de savoir si cette simple suture qui ferme la brèche suffit également à assurer la statique utérine.

Les auteurs américains dans 23 de leurs 28 observations ont associé une ligamentopexie à la suture; dans leurs cinq dernières observations ils n'ont pratiqué qu'une simple suture qui a donné les mêmes résultats: correction de la rétroversion et amélioration fonctionnelle identique aux cas précédents.

L'étude de nos observations montre qu'une intervention d'orientation utérine, qu'il s'agisse de ligamentopexie ou mieux de cloisonnement du Douglas, doit toujours être associée à la suture péritonéo-fasciale, au moins sur les utérus en rétroversion. Sur nos 9 sutures isolées nous avons 3 échecs :

- 2 échecs anatomiques et fonctionnels avec
récidive de la rétroversion (Obs. n° 36-41)
et des douleurs,
- 1 échec fonctionnel avec récidive des douleurs
(Obs n° 40).

L'échec anatomique de la simple suture est concevable. En effet, si la simple suture peut suffire à assurer la stabilité du col lorsque les ligaments de MACKENRODT sont consistants et de bonne texture, dans d'autres cas, lorsque le ligament est dilacéré, il est vain de croire que le ravaudage d'un mauvais tissu assurera la fixité du col d'autant plus que dans ces cas les ligaments utéro-sacrés sont élongés et flasques et n'assurent plus non plus leur rôle de soutien. C'est le problème toujours posé des récurrences de hernies. Or pour nous la fixité du col est aussi importante que la brèche péritonéale dans la pathogénie du syndrome. Il y a plusieurs manières de l'assurer:

- soit , en diminuant la mobilité générale de l'utérus par une ligamentopexie (type • Doleris-Pellanda ou type Mocquot) ou par une plastie péritonéale à la Pestalozza,
- soit, et c'est pour nous la meilleure technique, par un cloisonnement du Douglas avec plicature des utéro-sacrés qui retend les ligaments et renforcent l'action de la suture du fascia sous péritonéal.

Sur les 42 cas, il a été pratiqué :

- 9 sutures isolées,

- 18 sutures associées à des interventions d'orientation utérine,
- 2 sutures associées à une ligamentopexie et à une résection du nerf pré-sacré,
- 1 suture complétée par une résection du nerf pré-sacré,
- 9 sutures associées au traitement de lésions associées dont :
 - . 6 sutures suivies d'hystérotomie ou myomectomie,
 - . 3 sutures suivies d'une annexectomie,
- 3 hystérectomies sub-totales en raison de lésions associées.

B - RESULTATS :

Dans l'analyse des résultats, seules les suites des sutures isolées ou associées aux interventions d'orientation ont été prises en considération. Nous avons ainsi éliminé les sutures associées à une résection, qu'il s'agisse de résection du nerf pré-sacré qui fut faite au début quand ce syndrome n'avait pas encore entraîné la conviction ou qu'il s'agisse d'exérèse utérine ou ovarienne à la vue de lésions associées.

- a/ - Les 9 cas de suture simple de la brèche péritonéo-fasciale sont les plus intéressants. Ce sont des cas purs qui témoignent que ce simple geste peut suffire dans certains cas. En effet, en exemptant un cas où l'on n'a pas suffisamment de recul (Obs.35), on a noté cinq résultats favorables mais aussi trois échecs.

Les cinq premiers résultats ont été constatés sur quatre utérus préalablement en position normale (Obs. 34-38-39-42) et un en rétroversion (Obs. 37).

Les trois échecs se virent sur trois utérus préalablement en rétro-version (obs. 36-40-41) mais la récurrence des douleurs n'est pas due à la récurrence de la rétroversion utérine car, dans l'un des cas, on note une récurrence des douleurs malgré un bon résultat anatomique (obs. 40). Ceci permet de penser que la brèche péritonéale-fasciale n'est plus seule en cause dans l'entretien du syndrome algique:

- un facteur psychique peut pérenniser la douleur,
- un facteur inflammatoire réactionnel à la déchirure peut entraîner une paramérose (CONDAMIN-KLINK) ou des altérations nerveuses hypogastriques sur lesquelles la suture ne peut jouer aucunement mais on peut être indiqué une résection du nerf pré-sacré,
- un facteur mécanique: l'extrême mobilité du col, qui si elle n'est pas correctement corrigée, peut déterminer d'intempestifs tiraillements sur des utérus-sacrés ou un cul-de-sac de Douglas réceptif.

b/- Ce dernier facteur rend mieux compte des résultats constamment favorables des interventions associant suture et plasties ligamentaires ou péritonéales.

Sur 18 malades traitées de cette manière, 16 furent revues à distance de l'intervention. Ce sont 16 résultats favorables avec un recul atteignant parfois 3 ans. L'une de nos malades a d'ailleurs accouché normalement après l'intervention qui avait été faite au début de la grossesse et le résultat s'est maintenu après l'accouchement.

Une autre a présenté une grossesse extra-utérine : au cours de l'intervention, on a pu constater que la suture du ligament large avait parfaitement tenu (Obs. n° 3).

Les douleurs pelviennes cèdent rapidement, entraînant une transformation de l'état général et du psychisme de la malade. La dyspareunie disparaît totalement. La dysménorrhée, et les auteurs américains le signalent aussi, est plus tardivement influencée. Elle disparaît parfois, elle persiste dans d'autres cas sur un mode mineur.

En tout cas, l'histoire de ces femmes antérieurement dolentes et blessées est complètement transformée : elles reprennent une vie normale.

O B S E R V A T I O N S

Les 42 observations de déchirure du ligament large ont été groupées par chapitre thérapeutique où elles se trouvent par ordre chronologique.

- I - Suture du ligament large
associant en outre une intervention d'orientation utérine
et une résection du nerf pré sacré (obs. 1-2)
- II - Suture du ligament large associée à une intervention
d'orientation utérine (obs. 3 à 20 incluse)
- III - Suture du ligament large associée à une résection du
nerf pré sacré (obs. 21 à 22)
- IV - Suture du ligament large associée à une intervention
d'exérèse (obs. 23 à 30 incluse)
- V - Hystérectomies pour lésions associées (obs. 31, 32, 33)
- VI - Sutures simples (obs. 34 à 42 incluse)

- I -

Suture du ligament large associant en outre une intervention d'orientation utérine et une résection du nerf pré-sacré.

OBSERVATION N° 1

Pr. VARANGOT

Madame C.B...

Vue le 13 Juin 1955, âgée de 24 ans, présentant depuis son dernier accouchement des douleurs violentes permanentes, exagérées par la station debout, rendant pratiquement toute vie active impossible, ayant entraîné un amaigrissement de 5 Kgs.

Dans les antécédents, on note en 1952, un accouchement difficile d'un premier enfant pesant 4 Kg 300, accouchement fait au forceps accompagné d'épisiotomie. Au début de cette grossesse, on aurait noté l'existence d'une rétroversion. Cette grossesse a laissé la malade très fatiguée et une deuxième grossesse en 1954 aboutit à l'expulsion spontanée d'un enfant de 3 Kg. 900.

A l'examen gynécologique, on constate l'existence d'une rétroversion importante. L'utérus est douloureux à la mobilisation, à la pression il y a une rétroversion accentuée. Les annexes ne sont pas perçues, le col présente une petite cervicité. Il n'y a pas de prolapsus.

L'intensité des manifestations fonctionnelles, associée au comportement curieux de la malade, la discrétion des troubles physiques, me fait penser au premier abord qu'il s'agit d'une psychopathe. Je lui conseille de se reposer, de voir un médecin de médecine générale.

Elle revient me voir en Octobre de la même année, ayant consulté un gynécologue suisse, qui lui conseille de faire opérer sa rétroversion. Je décide donc d'intervenir, sans toutefois être très convaincu de la possibilité de l'améliorer par cette intervention.

La veille de l'intervention, je lis dans l'*American Journal of Obstetrics and Gynecology* le mémoire de MASTERS et ALLEN, sans d'ailleurs faire immédiatement le rapprochement entre les lésions décrites et les manifestations fonctionnelles éprouvées par la malade que je devais opérer le lendemain.

Intervention le 20.10.55 : Incision de Pfannenstiel. Utérus très rétroversé, augmenté de volume, de couleur violacée. Présence d'un peu de liquide dans la cavité péritonéale. En redressant l'utérus, je constate l'existence à la face postérieure des deux ligaments larges de deux déchirures très importantes par lesquelles font hernies d'énormes plexus veineux.

L'article lu la veille me revient en mémoire et je procède immédiatement à la préparation de ces deux brèches par deux sutures horizontales, allant du bord utérin jusqu'à la paroi pelvienne, et, à la suite de ces sutures, on constate que l'utérus reste en place, diminue considérablement de volume et présente même par places un aspect blanchâtre presque asphyxique. On complète l'intervention par une résection du nerf présacré et les ligaments ronds étant absolument inexistant on complète l'intervention par une pexie à la manière de Pestalozza. Fermeture de la paroi en 3 plans, au catgut chromé.

Les suites opératoires ont été sans histoire et très rapidement la malade apparaît absolument transformée, n'ayant plus de douleurs, pouvant reprendre les rapports conjugaux d'une façon normale.

Sa guérison se maintient depuis lors. La malade a toutefois fait une fausse-couche spontanée de deux mois en aout 1959.

OBSERVATION N° 2

Pr. VARANGOT

Melle T... 19 ans.

Présente une dysménorrhée primaire progressivement croissante et particulièrement violente. Les règles s'accompagnent de phénomènes syncopaux qui ne cèdent qu'à lamorphine en entraînant par leur importance de petites manifestations dépressives au point de vue psychique.

L'examen gynécologique étant impossible par suite de la présence d'un hymen particulièrement serré, on examine la malade sous anesthésie, par voie rectale. On constate l'existence d'une importante rétroversion et on a l'impression de sentir une petite masse latéro-utérine droite.

Intervention le 22.10.58 : Incision de Pfannenstiel. Présence dans le péritoine de liquide séro-sanglant, s'accompagnant d'une augmentation de volume de l'utérus. En relevant l'utérus, on s'aperçoit qu'il existe de chaque côté de la région latéro-isthmique du ligament large une véritable hernie du feuillet postérieur avec saillie des vaisseaux qui sont volumineux et distendus, rappelant tout à fait l'aspect du syndrome d'Allen. On fait une résection du présacré. On suture les deux ligaments larges, le droit dans le sens horizontal, le gauche dans le sens vertical.

Malgré cette suture, l'utérus ne reprend pas sa position normale et l'on termine par un raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds suivant la technique de Mocquot et un Pestalozza.

Suites opératoires sans incident. Menstruations indolores depuis l'intervention. Bon résultat qui se maintient jusqu'à présent.

- II -

Suture du ligament large associée à une
intervention d'orientation utérine.

OBSERVATION N° 3

Pr. VARANGOT

Madame K...

Malade âgée de 31 ans, présentant une ancienne dysménorrhée, des douleurs lombaires et une importante rétroversion; ayant déjà reçu des thérapeutiques hormonales diverses et variées.

Elle a eu 3 gros enfants et des accouchements pénibles.

On décide de faire une pexie et on intervient le 23.10.56 : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Présence d'une cavité importante de liquide séro-hémorragique dans l'abdomen. L'utérus est très rétroversé et recouvert de fausses membranes. En le soulevant on constate que tout le ligament large gauche est déchiré. Il y a de très importantes veines qui ne sont plus recouvertes par le feuillet postérieur du péritoine. Le Douglas est très profond. Suture de tout ce feuillet postérieur et pexie par un raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. On constate d'ailleurs que dès que l'utérus est mis en position verticale, il diminue de volume et que la seule suture du feuillet postérieur l'avait laissé maintenu en position normalement antéversée.

La malade présente une menace de thrombose dans les suites opératoires, mais pendant 6 mois sa vie est transformée. Mais elle fait 6 mois plus tard une grossesse extra-utérine.

Elle est opérée le 9.9.57. Cette intervention permet de constater que les sutures du ligament large ont tenu. On pratique alors une résection de la trompe gauche avec excision de la corne utérine. Ligature-résection

de la trompe droite au fil de lin.

Par la suite, la malade présente un kyste folliculaire de l'ovaire gauche qui conduit à réintervenir le 25.II.57 et à pratiquer une ovariectomie gauche.

OBSERVATION N° 4

Pr. VARANGOT

Madame KA...

Vue d'abord le 29 Octobre 1952, âgée de 36ans, pour un retard de règles suivi de petits saignements. Utérus rétroversé, un peu gros. On pense tout d'abord à une grossesse extra-utérine, mais tout rentre dans l'ordre.

Dans les antécédents, 4 grossesses et une appendicectomie. Il ne semble pas que les accouchements aient été particulièrement traumatisants ni les enfants très volumineux.

Au cours des années 1953, 1954, 1955, les règles sont très irrégulières présentant des alternatives d'aménorrhée et de saignements. L'utérus augmente de volume et les douleurs apparaissent avec de temps en temps une allure paroxysmique et une richesse fonctionnelle qui fait penser par moments à des troubles psychopathiques. Aux douleurs s'ajoutent des ménorragies importantes et, devant l'intensité des signes fonctionnels, on décide d'intervenir.

Janvier 1956 : Incision de Pfannenstiel: on constate que les annexes droites manquent, ayant été probablement enlevées lors de l'appendicectomie, bien qu'une enquête ultérieure n'ait pas permis de retrouver la trace de cette intervention. Il existe du liquide dans le péritoine et une importante rétroversion. En relevant l'utérus, on trouve une déchirure très nette du ligament large droit. Les annexes gauches sont normales et le ligament large gauche ne présente pas de lésion considérable.

On se borne à suturer le ligament large droit et on termine par une fixation de l'utérus par le ligament rond suivant la technique de Crossen.

Disparition complète des manifestations fonctionnelles. La malade a été revue à de nombreuses reprises parce qu'elle a des règles très irrégulières sans présenter d'hémorragies.

Revue la dernière fois le 13.2.59. Localement l'utérus est fixé en bonne position, et l'examen est indolore.

OBSERVATION N° 5

Madame LE J.D... 25 ans (Pr. VARANGOT)

Histoire de la maladie :

Depuis l'accouchement de 1951, malade se plaignant:

- douleurs abdomino-pelviennes, survenant sans horaire fixe, sans rapport avec une date du cycle irradiant dans la région sacro-iliaque,
- dyspareunie profonde,
- leucorrhées.

Antécédents :

Réglée irrégulièrement 28 jours en moyenne, 5 jours.

Grossesses : 6

1948 : accouchement à 7 mois, normal, d'un enfant pesant 2700,

1949 : accouchement normal à terme d'un enfant pesant 2500,

1951 : accouchement normal à terme d'un enfant mort-né pesant 1600

1954 : F.C.

1954 (fin): accouchement normal d'un enfant pesant 3600.

Examen :

Gros col, mais muqueuses saines,
Glaires cervicales, abondantes, filantes transparentes,
Périnée solide,
Utérus rétrofléchi, dont le fond et la mobilisation
est très douloureuse,
Déchirure de la commissure gauche,
Rétraction du paramètre gauche.

Intervention : 29.II.56

Utérus gros, congestif, rétroversé
Les deux ovaires sont prolavés dans le Douglas qui
contient du liquide citrin,
A la face postérieure du ligament large gauche, à
sa partie inférieure, se trouve une dépression
arrondie, de deux centimètres de diamètre qui
correspond à une déchirure du fascia sous-péri-
tonéal.
Grosses veines variqueuses à ce niveau.
On pratique : Pestalozza avec raccourcissement sous
péritonéal du ligament rond,
Une suspension des ovaires par acco-
lement au nylon 00 du ligament
utéro-ovarien au ligament lombo-ova-
rien.
Suture de la déchirure du fascia sous
péritonéal.

Résultat :

Revue en juin 1957 SOIT 7 mois après l'intervention
Résultat bon dans l'ensemble, mais dysménorrhée..
règles douloureuses une journée, régulières.
Utérus petit en bonne position.

OBSERVATION N° 6

Madame GE... 53 ans (Dr. GRANJON)

Histoire de la maladie :

Malade venant pour des FC à répétition
Pas d'autres troubles.

Antécédents :

- normalement réglée 28 jours/3 jours.
- 4 grossesses menées à terme.
- 3 F.C.:
 - 1° FC entre le 1er et 2° enfant,
 - 2° FC en 1954 SUIVIE de curetage
 - 3° FC en 1955
 - 4° FC en 1956

malade navrée par ses FC car elle désire
toujours des enfants.

Examen :

- utérus rétrofléchi et mobile,
- frottis normaux,
- HSG: utérus et trompes normales,
- biopsie de l'endomètre : normale.

Intervention : le 10/5/57

- Pfannenstiel
- utérus en rétroversion-flexion
- dilacération bilatérale du feuillet postérieur
du lgt large associé à un varicocèleu
utérin.

- on pratique :

- la réfection du ligt en l plan,
- un raccourcissement des ligts utéro-sacrés
- une ligamentopéxie type doléris-Pellenda
- un Pestalozza.

Résultats :

va bien mais n'est pas enceinte.

OBSERVATION N° 7

Madame VE... 33 ans (Dr GRANJON)

Histoire de la maladie :

Malade souffrant depuis 1952 de douleurs pelviennes exagérées dans le prémenstruum,
De dysménorrhée, d'une asthénie considérable gênant toute activité normale; un syndrome prémenstruel très net.

Antécédents :

Réglée normalement 28/4 jours, mais depuis 1952, douleurs importantes des deux premiers jours.

Grossesse :

- 1948 : accouchement gemellaire, dans la suite duquel on découvre une rétroversion utérine,
- 1950 : F.C. spontanée de 2 mois, avec curetage,
- 1953 : accouchement normal à terme d'un garçon de 3650 g. suites de couches normales, pas d'allaitement.

Examen :

Vulve, vagin sains,
Rétroversion-flexion marquée,
Col mobile,
Hystérographie normale,
L'ensemble du tableau clinique évoque une déchirure
du ligament large

Intervention : le 22/5/57

Pfannenstiel
Après redressement de l'utérus, déchirure du ligament
large gauche avec un important varicocèle,
On pratique suture en 1 plan,
Cloisonnement du Douglas.
Ligamentopexie type Doléris-Pellanda
Un Petalozza.

Résultats :

Revue en fin 1957
Persistance d'un syndrome prémenstruel
Disparition des autres troubles.

OBSERVATION N° 8

Madame HAU... 35 ans (Dr. GRANJON)

Histoire de la maladie :

Malade se plaignant de douleurs abdomino-pelviennes de pesanteur du bas-ventre plus ou moins permanentes, d'une fatigue confinante à l'épuisement, de troubles de la miction avec cystalgie d'une dyspareunie très importante profonde; dysménorrhée. Troubles qui apparurent, dans les suites du premier accouchement.

Antécédents :

Normalement réglée, 28/5 jours.

Grossesses :

1944 : accouchement à terme d'un enfant de 4300 g.
Forceps, épisiotomie, déchirure,
Dans les suites de couches, on note un diastasis des droits.

1946 : accouchement normal à terme d'un enfant de 4300 g. en O.S.

CHIRURGICAUX :

a été opérée en 1948, d'un kyste sacro-coccygien
en 1949, d'un noyau de mastose,
en 1951, d'une fistule sacro-coccygienne,

en 1953, elle a subi une re-section ligature
des trompes associée à une cure d'éventration,
L'indication en aura été portée à la suite
de la longue histoire de fistules sacro-coc-
cygiennes.

Examen :

Périnée cicatriciel
Utérus en rétroversion-flexion R3, mobile, douloureux
à la mobilisation.

Intervention : le 3/6/57

Médiane sous-ombilicale,
Utérus en rétroflexion marquée; en redressant l'utérus
on constate une déchirure bilatérale du ligament
large très nette à gauche, moins nette à droite,
où la brèche semble couverte par une mince
perimysium.

On pratique une suture en 2 plans à gauche, en 1 plan
à droite, une ligamentopexie type Doléris-Pellanda
un Pestalozza.

Résultat :

Succès total, transformée depuis 18 mois.

OBSERVATION N° 9

Mme WO... 27 ans (Dr. GRANJON)

Histoire de la maladie :

Malade venant pour F.C. à répétition associées à une
rétroversion utérine. Douleurs pelviennes et dyspareu-
nie avec douleur persistante après les rapports.

Antécédents :

Réglée normalement 28/3-4 jours.

Grossesses :

1953 : accouchement normale à terme, pas de notion du
poids de l'enfant,

1956 : F.C. suivie de curetage

9/1956: nouvelle F.C. suivie de curetage.

Examen :

Utérus en rétroversion, douloureux à la mobilisation, c. m.
col mobile,

Biopsie de l'endomètre,

Hypolutéinie avec dystrophie glandulaire,

Hystérographie : utérus bicorné

Intervention : le 10.10.57

Incision de Pfannenstiel

Utérus en rétroversion-flexion: les ovaires sont prola-
bés dans le Douglas,

Pas d'endométriose, rupture bilatérale du feuillet
postérieur du ligament large.

On pratique une suture de la rupture en deux plans,
Un cloisonnement du Douglas,
Une ligamentopexie type Doléris-Pellanda
Un Pestalozza

Résultat :

Revue un an après en 1958, est devenue enceinte mais
a fait une nouvelle F.C.
Les douleurs ont disparu.

OBSERVATION N° 10

Madame LUK... 27 ans (Dr GRANJON)

Malade se plaignant de douleurs pelviennes d'une grande intensité sans substratum anatomique qui la fit considérer un temps comme psychopathe et traiter comme telle sans résultats. Ces douleurs sont apparues dans les suites du dernier accouchement.

Dyspareunie profonde,
Douleurs persistantes après les rapports irradiant parfois dans la région lombaire
Dysménorrhée primaire.

Examens :

Utérus en rétro-flexion douloureux à la pression
Col mobile.

Antécédents :

Réglée normalement 28/5 jours, mais douloureuses intensément les premiers jours.

Grossesses :

1953 . accouchement normal à terme d'un enfant 2950
1954 F.C. de deux mois curetée
1955 : accouchement normal un enfant de 2800 travail dirigé sous perfusion hypophyse. délivrance normale, périnée intact.
Dans les suites de couches douleurs modérées et utérus en rétroflexion.

Intervention: 25 Octobre 1957 :

Utérus en rétroflexion accentuée, 5 à 10 cc de sérosités hémorragiques dans le Douglas.

Ovaire droit polykystique, déchirure bilatérale du ligament large.

On pratique :

- une suture en deux plans au fil de lin,
- un cloisonnement du Douglas
- une ligamento-pexie type Doléris-Pellanda
- un pestalozza

Résultat :

Revue en 1958 un an après l'intervention, cette malade était une grande douloureuse mais a retrouvé "joie de vivre et joie des rapports".

OBSERVATION N° 11

Mme LEM... 39 ans, (Dr. GRANJON)

Histoire de la maladie :

Malade se plaignant de douleurs pelviennes bilatérales, presque permanentes et surtout de lombalgies d'une grande intensité.

- fatigue considérable gênant toute activité, troubles apparus depuis le dernier accouchement
- ménorragies : règles durant 10 à 12 jours alors qu'avant l'accouchement elles étaient de quantité normale et duraient de 4 à 5 jours

Antécédents .

Grossesses :

4 enfants dont le dernier en 1956,
pas de notions de poids, ni d'anomalies particulières de l'accouchement.

Examen :

Vulve et vagin sains

Utérus en rétroflexion très marquée, troisième degré
col anormalement mobile,

Epreuve du pessaire :

pose d'un pessaire sous anesthésie qui, bien que corrigeant mal la rétroversion, améliore grandement la malade,

Dans ces conditions on décide une cure de rétroversion

Intervention : le 19 novembre 1957

Gros utérus en rétroflexion marquée mobile
Ovaires : à corticale épaisse,
Ligament large gauche. déchirure sous forme d'une
surface déperitonisée avec varicocèle.

On pratique une suture de dehors en dedans en 1 plan.

un cloisonnement du Douglas,
une ligamentopexie type Doleris-Pellanda
pestallozza
résection ovarienne gauche histologiquement normale.

Résultat :

Revue le 21 février 1958 soit trois mois après l'intervention, les douleurs ont totalement disparu, le cycle est redevenu normal, la malade se dit transformée.

Revue depuis, va bien.

OBSERVATION N° 12

Madame DAK... 27 ans (Dr. GRANJON)

Histoire de la maladie .

La malade se plaint de douleurs du bas ventre plus ou moins permanentes, apparues dans les suites du premier accouchement datant de 1952 et exagérées depuis le dernier accouchement en 1955.

Dyspareunie

Syndrome ovulatoire avec petite métrorragies

Antécédents .

Règles depuis toujours irrégulières très abondantes avec parfois quelques jours de retard.

Grossesses :

1952 : accouchement à terme, 8 heures de travail deux unités de post hypophyse à petite paule forceps suzor en droite antérieure 3400. Délivrance normale périnée intact. Dans les suites de cet accouchement on constate un utérus en rétroversion douleurs pelviennes.

1955 : accouchement déclenché et dirigé durée du travail 1 heure 1/2, 3400, délivrance normale, périnée intact.

1951 : F.C. spontanée deux mois 1/2 curage digital on constate dès cette époque un utérus en rétroversion.

Examen :

Utérus en rétroversion-flexion, douleurs à la mobilisation et col mobile, ovaires perçus dans les culs-de-sac.

Intervention le 25 Novembre 1957 pour cure de rétroversion utérine : utérus en rétroflexion. déchirure du ligament large gauche.

On pratique :

- une suture du feuillet postérieur en l plan au lin
- un cloisonnement du Douglas
- un pestalozza et une ligamento-pexie type Doleris-Pellanda.

Résultats :

Revue fin 1958, dysménorrhée disparue, cycle redevenu normal (tous les 30 jours), petit syndrome de congestion ovulatoire, dyspareunie disparue.
Utérus en antéversion

OBSERVATION N° 13

Madame FL... 23 ans (Dr. CHARTIER)

Histoire de la maladie :

Le 4/II/57.

Malade se plaignant :

- douleurs abdominales et lombaires surtout à gauche,
- douleurs prédominant le matin au lever et à la station debout.
- pertes blanches d'abondance modérée non fétides,
- dysménorrhée depuis la puberté,
- dyspareunie profonde,
- fatiguabilité anormale.

Si la dysménorrhée date de la puberté, tous les autres troubles sont consécutifs à l'accouchement (1953).

Antécédents :

Gynécologiques : réglée à 13/2, 28 jours durant 3 jours.
dysménorrhée des premiers jours.

Grossesses:

1953, accouchement prématuré à 7 mois d'une fille pesant 2.800 g. 12 heures de travail, forceps et déchirure du périnée non suturée, suites de couches normales: pas de douleurs retour de couches au 35° jour. Le syndrome pelvien actuel a débuté 18 mois après l'accouchement; sur ces entrefaits, découverte d'une rétroversion utérine, cure chirurgicale de cette rétroversion en novembre 54, dans une clinique de Fontenay aux roses.

C.R.O.:

Médiane sous-ombilicale, lésion de salpingite catharale bilatérale. Utérus très mobile, adhérence de

l'épiploon à l'ancienne cicatrice appendiculaire, libération des adhérences, hystéropexie universée selon la technique de DARTIGUES.

Deux mois après l'intervention reprise des douleurs asthénie .

Examen :

Abdomen rien à signaler en dehors d'une cicatrice sous-ombilicale non douloureuse.

Examen gynécologique :

Vule et vagin sains le col présente deux kystes de NABOTH, sur la lèvre antérieure au T.V.. col en avant, mobile. Rétroversion utérine avec un utérus gros mobile, annexes non perçues tentative de réduction qui s'avère très douloureuse

A la suite de cet examen, la malade est mise aux antibiotiques pendant 8 jours, sur la suspicion d'une réaction annexielle: ce traitement n'améliore pas la malade, qui continue à souffrir le tableau clinique évoquant un syndrom. du ligament large, la malade est opérée le 8/I/58.

Médiane sus-pubienne après excision de l'ancienne cicatrice,

Adhérence épiploïque à la partie supérieure de la cicatrice,

Utérus: gros violacé succulent, est en rétroversion complète, grosses veines sillonnent la face antérieure de l'isthme.

A dr. quelques voiles adhérentiels entre péritoine et ovaire, trompe normale,

A g. annexes normales.

A noter que les annexes sont en position normale et ne participent pas à la rétroversion.

Douglas profond,

Après réduction de la rétroversion, on constate l'existence d'un syndrome de MASTERS et ALLEN (disparition des ligaments du ligament large).

On fait :

1°/- une reconstitution de ces ligaments suivant la technique des auteurs,

2°/- une douglasséctomie latérale

3°/- une bourse pour cloisonner le fond du Douglas

En fin d'intervention: utérus normal de forme, de situation, de consistance,
Paroi en 2 plans au nylon après excision des crins antérieurs.

Résultats :

Depuis l'intervention chirurgicale, F.C. spontanée de 3 mois en mars 58, curetée.

- Disparition des douleurs au moment des rapports et des règles,

La malade dit qu'elle n'a plus jamais souffert du ventre

- Nouvelle grossesse. .
grossesse très bien supportée a ressenti au 2° mois une sensation de barre du côté gauche, associée à une sensation d'expulsion ou "une descente de matrice".

Accouchement normal, février 1959

Revue depuis, ne souffre pas
utérus en antéversion normale.

OBSERVATION N° 14

Madame GOU... 27 ans (Dr GRANJON)

Histoire de la maladie :

Maladie suivie depuis 1954 pour dysménorrhée primaire, traitée par les androgènes, et améliorée.
Dyspareunie profonde,
Douleurs pelviennes par crises pendant deux ou trois jours, entraînant une certaine gêne de l'activité, avec asthénie et fatigue.

Antécédents :

Réglée à 13 ans, 29 jours, durant 8 jours, règles abondantes, très douloureuses le premier jour.

Grossesses :

1954 : F.C. d'un mois 1/2 curetée

1955 : accouchement normal à terme, six heures de travail, spasalgine, deux unités de post-hypophyse + expression utérine 3300, délivrance normale, périnée intact.

Examen :

Utérus en rétroflexion accentuée : R3 + un col en avant mobile,

Intervention février 1958:

Utérus rétroversé, Douglas profond, rupture du ligament large gauche avec grosses veines dilatées, annexes normales.

On pratique :

- suture du feuillet postérieur au lin,
- cloisonnement du Douglas,
- ligamento-pexie type Doléris-Pellanda
- pestalozza
- résection ovarienne droite pour aspect évoquant une endométriose, qui n'est pas confirmée histologiquement.

Résultat :

Revue en Juin 1958, soit trois mois après l'intervention, malade euphorique, transformée.

OBSERVATION N° 15

Madame AME... 38 ans (Dr GRANJON)

Histoire de la maladie :

Malade se plaignant de douleurs abdomino-pelviennes à irradiation pelviennes exagérées à la position debout.
Dyspareunie
Fatigue importante
Troubles apparus après le deuxième accouchement.
Leucorrhées de longue date.

Antécédents :

Normalement réglée, 28 jours durant 4 jours
Douleurs pelvienne dans les premiers jours des règles

Grossesses :

1947 : F.C. spontanée, expulsion d'un oeuf clair,
1948-1950 : 2 accouchements dont on n'a aucun renseignements,
1952 : grossesse avec hypertrophie du col et prolapsus partiel antérieur apparu à trois mois, accouchement normal d'un enfant 2700.

Examen :

Ex. gynécologique montre un utérus en rétroversion-flexion marquée. fixé et douloureux à la mobilisation.

Ces douleurs persistant depuis 7 ans la malade demande à être opérée. Col très en avant douloureux à la mobilisation. Elle a par ailleurs subi en 1952, une appendicectomie.

Intervention :

Utérus en rétroversion flexion marquée
Varicocèle du ligament large des deux cotés visible
même sur la face antérieure
A droite : déchirure ligamentaire type Masters et Allen
A gauche : zone cicatricielle

On pratique alors la suture du ligament large à droite
un cloisonnement du Douglas
Ligamentopexie type Doléris Pellanda
plus pestalozza

Résultat :

Revue le 5/II/58 soit environ 6 mois après l'intervention
L'utérus est en antéversion, persistance du syndrome
préménstruel et des douleurs lombaires mais signes
d'arthrose vertébrale L5 S1

Dans l'ensemble très améliorée du point de vue pelvien.

OBSERVATION N° 16

Histoire de la maladie :

Depuis l'accouchement de 1952, elle se plaint de douleurs pelviennes plus ou moins continues entraînant une fatigue considérable.
Dyspareunie profonde plus récente.

Antécédents :

Normalement réglée, 28 jours durant 6 jours.

Grossesses :

Deux F.C. 1948 avec curetage, 1954 sans curetage
Trois accouchements à terme.
1952, 12 heures de travail, application d'un forceps
Suzor gauche postérieur, descente difficile aidée
d'expression,
Rotation difficile, enfant de 3700 g.
Délivrance normale: périnée intacte,
Dans les suites de couches on note un utérus rétro-
versé alors qu'avant la grossesse l'utérus était en
antéversion.
La paroi abdominale, d'une considérable placidité
avec diastasis des droits
1954, accouchement à terme sous perfusion de post-
hypophyse (enfant de 4000 g)
1957, accouchement à terme d'un enfant de 3600 g. avec
perfusion de post-hypophyse.

Examen :

Vulve et vagin sains
Col très bas et extrêmement mobile, utérus en rétrofle-
xion,
Douleur à la mobilisation.

Intervention : le 8/10/58

Pfannenstiel; utérus en rétroflexion accentuée.
déchirure bilatérale du ligament large prédominant
à gauche avec de volumineuses veines utérines.

On pratique une suture en 2 plans, un cloisonnement
du Douglas, une ligamentopexie, type Doléris-Pellanda
un Pestalozza.

Résultat :

Revue le 13/12 - Va très bien

OBSERVATION N° 17

Madame DEM... 23 ans (Dr. GRANJON)

Histoire de la maladie :

Après un intervalle de quelques mois après l'accouchement de 1956, douleurs pelviennes bilatérales intermittentes, dyspareunie profonde.

Antécédents :

Normalement réglée 28 jours/4 jours.

Grossesses :

1956, accouchement normal à terme (CHARTIER), durée du travail 12 heures application de forceps Suzor, à la partie basse en O.P. enfant de 2500 g. Episiotomie. Découverte d'une rétroversion après l'accouchement.

Examen :

Utérus en rétroversion mobile douloureux à la mobilisation, col anormalement mobile, hystérosalpingographie: normale, utérus en rétrocession, épreuve du pessaire, amélioration de tous les troubles.

Intervention : le 20/10/58

Utérus petit basculé dans le Douglas
Ligament rond grêle
Déchirure du ligament large bilatéral
Varicocèle énorme du ligament large et du pédicule tubo-ovarien.

On pratique :

une suture en 2 plans,

une ligamentopexie type Doleris-Pellanda

Un Petalozza

Prélèvement d'un fragment de veine du ligament large.

Histologie :

Endothélium normal, mais paroi épaissie et oedémateuse.

Résultat :

Revue en janvier 59.

Malade transformée; résultats excellents.

OBSERVATION N° 18

Madame GAI... 23 ans (Dr CHARTIER)

Le 17 JANVIER 1958.

Histoire de la maladie :

Malade venant pour algie pelvienne et dyspareunie.
Douleur pelvienne depuis l'accouchement du 1er enfant
1954 à type de pesanteur pelvienne à irradiation
lombaire.

Dyspareunie profonde durant 24 à 48 heures après les
rapports, Frigidité
Impression de fatigue considérable avec un amaigrissement
de 10 Kg depuis 1956.
Leucorrhée
Pollakiurie

Antécédents :

Gynécologiques, réglée à 13 ans, cycle de 28 jours, du-
rant 8 jours abondant pendant 2 jours, puis trainantes
ensuite. Perd un caillot et souffre à ce moment là
pendant une heure.
Dysménorrhée de la jeune fille améliorée depuis les
accouchements.

Grossesses : 2 grossesses :

1954, grossesse normale mais fièvre et douleur pelvienne
le dernier mois. Accouchement normal à terme d'un
enfant de 3.500 g. Pas d'allaitement, suites de
couches normales.

1956, grossesse normale, accouchement normal à terme
d'un enfant pesant environ 3.000 g. Pas d'allai-
tement, suites de couches normales.

Médicaux, rien à signaler

Chirurgicaux, rien à signaler

Examens:

Vagin et col sains,
Pertes de desquamations vaginales
Utérus en rétroversion mobile et réductible col en avant + mobile
Ovaires non perçus.

Sur ce tableau, on impute ces troubles à la rétroversion, on fait une épreuve du pessaire.

7/2/58. La malade est revue après trois semaines de port du pessaire:

- elle^{ne}/souffre plus, n'a plus le poids de 5 Kg entre les jambes,
- dyspareunie immédiate encore mais ne durant plus;
- moins de leucorrhée
- poids inchangé 46 Kg.

Par conséquent, amélioration notable du trouble, on pratique alors une contre épreuve par l'ablation du pessaire.

Malade à revoir dans un mois.

le 7/3/58 : depuis un mois sans pessaire.

- la dyspareunie est de nouveau intense,
- se sent plus fatiguée qu'avec le pessaire
- mais les pertes blanches n'ont pas repris, la sensation de poids entre les jambes non plus.
- poids 45.400
- examen: col en avant, utérus rétroversé et rétro-fléchi.

Intervention : le 12/3/58 (CHARTIER)

C.R.O. :

Incision du Pfannenstiel ; utérus en rétroversion complète avec prolapsus ovarien complet bilatéral.
Grosse veine sur la face antérieure de la vessie.
Ligament rond très grêle.

Après réduction de la rétroversion, on constate l'existence de 20 cc. de sérosité sanglante dans le Douglas ce dernier est anormalement large et profond.

L'utérus est violacé et de volume normal.

Les annexes sont saines et droites.

La trompe gauche est normale, l'ovaire gauche présente des foyers endométriosiques.

L'examen de la face postérieure du ligament large montre: premièrement à droite, déchirure limitée à la partie médiane du ligament large avec une veine saillante; à gauche, une véritable disparition du ligament large avec une brèche considérable et une veine grosse comme un petit doigt.

On pratique : une reconstitution du ligament large à droite et à gauche en deux plans, un cloisonnement du Douglas par deux bourses au nylon .

En fin d'intervention, résultats anatomiques satisfaisants.

Résultats :

Malade revue le 27/6/58 et le 20/12/58.

Elle est indiscutablement améliorée; l'amaigrissement (43 Kgs) s'explique par des conflits conjugaux très violents, à l'examen col très postérieur utérus en antéversion parfaite et mobile, on sent les deux ovaires

Revue en janvier 1959 - a fait depuis une F.C. mais ne souffre plus.

OBSERVATION N° 19

Madame Ast...

Le 17/II/58

Histoire de la maladie :

Malade âgée de 32 ans venant pour des douleurs abdomino-pelviennes, siégeant surtout dans la fosse iliaque droite avec état nauséux; associées à des douleurs sacrées à type de barre (radio vertébrale normale). Les douleurs sont apparues depuis 1950, sans cause apparente.

Pas de dysmonorrhée
Dyspareunie modérée profonde

Antécédents :

Gynécologiques : réglée à 13 ans, cycle de 30 jours/4jours règles non douloureuses.

Grossesses :

En 1946, accouchement à terme d'un enfant de 3000 g. suites de couches normales.

Pas de fausses couches est suivie depuis plusieurs années pour stérilité secondaire elle a subi des insuflations successives, une hystérographie dont nous ne pouvons avoir les compte-rendus, mais normales aux dires de la malade.

Généraux : rien à signaler

Examen :

Vulve et vagin sains
Col sain
Utérus en rétroversion du 2° degré
Col très mobile et de mobilisation douloureuse.
Douleurs au niveau du douglas et dans le cul de
sac droit
Mac Burney net.

L'indication opératoire est portée: ligamentopexie et
appendicectomie.

Compte-rendu opératoire :

19.II.58

Médiane sous ombilicale

- appendice normal,
- rétroversion utérine avec déchirure bilatérale
du ligament large,
- suture au nylon (2 plans) de la face postérieure
du ligament large,
- raccourcissement des ligaments ronds selon Mocquot

OBSERVATION N° 20

GIR... 44 ans

27/8/59

Consulte son médecin pour sensations de pesanteur péri-néale, jollakiuræ et douleur de la F.F.D.

La malade sait qu'elle a une rétroversion utérus depuis le 2° et dernier accouchement 1939) qui marque le début des troubles.

Elle se plaint de :

- douleurs lombaires très vives, par intermittences.
- Pas de dyspareunie, mais persistance d'une sensation de besoin d'aller à la selle longtemps après la défécation.
- Récemment depuis 2 ans environ: sensation de pesanteur périnéale avec pallakrine et douleur bien localisée dans la F.F.D. survenant par périodes de 15 jours à 1 mois, irradiant à l'aîne et à la cuisse droite.

Antécédents :

Médicaux : hernie diaphragmatique
en juin 1959

Chirurgicaux : appendicectomie en 1938

Gynécologie : toujours bien réglée.

P.R. 13 ans/24-25J./6-7 jours d'abondance normale - non douloureuse.

- a subi de nombreux avortements pour leucorrhée électro-coagulateur du col en juin 1939
- curetage en 1943 pour rétention placentaire

Obstétricaux :

2 grossesses normales, pas de F.C.

1936 : 3.150g ANT. sdc normales

1939 : 4.000 g. ANT, laborieux

(indication de forceps, refusé par la malade)
SdC: douleurs importantes dès le
1er lever)

Examen :

Spéculum : col normal, cicatriciel
peu couchée

T.V. : col en avant, mobile
utérus petit, rétroversé, mais non rétrofléchi
culs-de-sac souples et libres, repère douleur
à droite.

Examens complémentaires :
Frottis classe II

Intervention le 29.8.39 (Barrat)

- MSO
- exploration :
 - utérus en rétroversion complète , petit myxome sur le fond
 - à gauche : trompe normale. Petit kyste sur l'ovaire (corps jaune)
 - à droite : annexe saine
 - ligaments ronds
 - Douglas très profond avec péritoine très mobile
 - utéro-sacré pratiquement inexistant

Syndrome de MASTERS et ALLEN typique à gauche avec déchirure gauche sur 2 cm. A droite moins net, mais il existe une petite dépression on pratique :

- 1/- une cure du syndrome de MASTERS-ALLEN: la dissection du fascia étant difficile, on fait un plan total en prenant fascia et péritoine après l'avoir disséqué des vaisseaux voisins très dilatés.
- 2/- cloisonnement du Douglas: 3 bourses au nylon 0.
- 3/- resection partielle de l'ovaire gauche
- 4/- petite myomectomie
- 5/- Pellanda

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Suites opératoires normales.

Résultats :

Pas revue.

Suture du ligament large associée à
une résection du nerf pré-sacré.

OBSERVATION N° 2I

Madame LE COR... 2I ans (Dr. VARANGOT)

Ier juin 1958

Histoire de la maladie :

Malade se plaignant de douleurs abdomino-pelviennes depuis l'accouchement, accompagnées d'épisodes fébriles.

Douleurs entraînant une fatigue considérable , lui rendant "la vie insupportable".

Antécédents :

Réglé 14 ans, 28/5 jours.

Grossesses : un accouchement en septembre 1956 sur lequel nous n'avons aucun renseignement.

Examen :

Utérus en position intermédiaire, dévié sur la gauche, douloureux à la mobilisation
Ectropion au niveau du col.

Intervention 18 juin 1958 :

Utérus rétroversé en position intermédiaire, basculé sur la gauche,
Déchirure ligamentaire à gauche,
Suture en deux plans au nylon 00
Résection du l'nerf présacré.

Pas revue

OBSERVATION N° 22

Madame MAR... 34 ans (Dr MUSSET)

Vient pour :

- douleurs abdominales basses, profondes siégeant à droite - sans irradiation à type de pesanteur. Douleur continue, mais particulièrement intense 4,5 jours avant les règles, pendant les règles et 2,3 jours après les règles.

Ces douleurs existent depuis 7 ans, sans modifications, résistant aux thérapeutiques administrées Antibio - Propidon.

- Leucorrhée empesant le linge , survenue comme les douleurs, et non modifiée par le cycle.
- Amaigrissement 8 Kg en 7 ans, examens complémentaires en particulier RX pulmonaires normaux
- Nausées fréquentes.
- Tr urinaires depuis 7 ans également: Pollakiurie diurne - brûlure de la miction - Tr résistants au traitement habituel.

Tous ces troubles ont débuté dans les suites d'un curetage, après F.C. provoquée en 1952.

Antécédents :

- réglée à 16 ans 28/2 à 3 jours.
- très peu abondante
- sans caillots
- douloureuse.

2 F.C.:1949 : F.C. de 2 mois curetage
1952 : F.C. de 2 mois curetage
1 mois après ce curetage, douleurs
et on parle de Pevi-péritonite.

Examen :

- utérus - vagin sains
- col sain-normal
- utérus mobile douloureux
- rien aux annexes

Une HSG de contrôle est demandé parce qu'elle est hypoménorrhéique depuis le dernier curetage:

Coelioscopie:précise déchirure de la face postérieure du ligament large à gauche avec vaisseaux apparents mais peu dilatés.

Utérus de volume normal ovaires normaux
Trompes normales
Douglas libre - aucune adhérence

C.R.O. le 5.3.59

Incision de Pfannenstiel: A l'examen utérus de volume et position normale. A la face postérieure du ligament large gauche, on découvre la déchirure visible en coelioscopie. Pas de varicocèle. Aucune trace d'endométriose. On pratique:

1°/- dissection puis fermeture au cat gut de la brèche du ligament large, brèche étendue sur 3 à 4 cm et qu'il est facile de suturer.

2°/- Resection du pré-sacré

Revue 6 mois après : bons résultats.

- IV -

Suture du ligament large associée à une
intervention d'exérèse

OBSERVATION N° 23

Madame SAN... (Dr. VARANGOT)

Décembre 1957

Histoire de la maladie :

Malade se plaignant de ménométrorragies depuis trois ans, elles se sont poursuivies pendant la dernière grossesse, laquelle s'est terminée par une F.C. en octobre 1957. Douleurs pelviennes à dominance droite intermittentes.

Antécédents :

1947 : accouchement normal
Bien réglée jusqu'aux fausses couches successives.
En effet il y eut trois F.C. curetées: 2 en 56 et une en 57.

Examen :

Douleurs au niveau du Mac Burney . Vulve et vagin sains. Col sain et fermé, mobilité anormale.

Utérus rétroversé douloureux à la pression et un peu gros, annexes sensibles des deux cotés.

HSG : cavité un peu grande et bosselée.
Curetage biopsique : endomètre hypoplasique.

Intervention :

Le 3 janvier 1958 pour métrorragies
Utérus basculé en arrière, très congestif, parvouru de vaisseaux et de voiles sur la face antérieure et postérieure.

Les deux trompes sont congestives, mais les pavillons sont normaux,
Des deux côtés les ovaires présentent de nombreux follicules.

Ligaments larges, des deux cotés, à la face postérieure il existe de volumineuses veines qui font hernie à travers le feuillet postérieur du ligament large qui est déchiré

On pratique :

- 1/- une suture en 1 plan du feuillet postérieur du ligament large qui est repéré en dehors sur la paroi pelvienne, en dedans sur l'utérus. Après cette suture l'utérus se maintient solidement en position normale.
- 2/ - hystérotomie antérieure et fondique et prélèvement des deux berges dont le résultat histologique ultérieur montrera qu'il s'agit d'une endométriose.

OBSERVATION N° 24

Madame DEL... (Dr VARANGOT) 38 ans

Vient consulter pour une dysménorrhée secondaire considérablement aggravée depuis quelques années.

Dans les antécédents on note qu'elle a eu 3 enfants et des accouchements sensiblement normaux.

L'examen fait le 14.5.57 montre l'existence d'une petite masse annexielle gauche, sans rétroversion et l'on pense à une endométriose. On la met donc à un traitement d'épreuve par la Testostérone qui amène en deux mois une amélioration fonctionnelle notable, mais sans durée car, le 4.1.58 elle accuse une reprise des crises douloureuses très violentes et finalement, on décide d'intervenir avec le diagnostic d'endométriose.

Le 26.2.58 : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il existe une endométriose évidente de l'ovaire gauche, avec un kyste goudron du volume d'une mandarine, rempli de liquide brun chocolat. L'utérus est un peu gros mais non rétroversé et un examen attentif montre qu'il existe une déchirure bilatérale de la face postérieure du ligament large avec une saillie importante des vaisseaux sous-péritonéaux. On fait donc une annexectomie gauche et l'on répare soigneusement les deux ligaments larges. Ces deux sutures sont suivies immédiatement de l'apparition de zones ischémiques sur la face postérieure de l'utérus. Fermeture de la paroi en 3 plans au crin perdu.

Amélioration fonctionnelle considérable dans les suites. Revue en Janvier 1959 alors qu'elle est allée faire un pèlerinage chez les suisses pour interrompre une grossesse au début. La guérison fonctionnelle se maintient malgré le curetage.

OBSERVATION N° 25

Madame LAL... 24 ans (Pr VARANGOT)

21 décembre 1957

Histoire de la maladie :

Depuis le premier accouchement datant de 1955 présente une douleur abdomino-pelvienne apparaissant à la fatigue, plus intense dans le prémenstruum, prédominante à gauche, sans signe d'atteinte générale et sans fièvre.

Dysménorrhée datant de cet accouchement,
Dyspareunie profonde intermittente, plus fréquente
dans le prémenstruum.
Leuorrhées.

Antécédents :

Normalement réglée, Dysménorrhées 28/5 jours.

Grossesses : 1955 grossesse normale, accouchement
normal à terme d'un enfant de 4000
1957 accouchement normal à terme d'un
enfant de 3700.

Examen :

Vulve et vagin sains, col sain.
Utérus en antéversion, légèrement dur, gros et surtout col très mobile,
Annexes normales.

Epreuve du pessaire :

pose d'un pessaire Dumont-Pallier
Revue un mois après, disparition de la dyspareunie,
douleurs moins intenses, moins de fatigue. moins
de leuorrhées.
Cette malade peut presque mener une vie normale.

H.S.G. :

cavité cervico isthimique un peu élargie
cavité utérine normale
trompe droite hyperplasique

Contre-épreuve :

Ablation du Pessaire et revue un mois après.
Les douleurs ont repris très intenses, dyspareunie.

Examen :

Utérus un peu augmenté de volume, dévie à droite en position intermédiaire, très mobile.

Intervention le 20 mars 1958 :

Gros utérus blanchâtre oedémateux, avec quelques aspects de fausses membranes, en position intermédiaire mobile.
A gauche, trompe congestive avec quelques sinuosités, pavillon normal, ovaire normal.
A droite, trompe très augmentée de volume, comme le petit doigt, surtout dans la région ampulaire, pavillon normal. Varicocèle tubo-ovarien. Ovaire normal.

Ligaments larges :

A droite : déchirure manifeste, plus de péritoine, veines saillantes, la déchirure n'intéresse pas le ligament utéro-sacré.

A gauche: pas de déchirure, mais désissance du feuillet sans dilatation veineuse.

Douglas profond

On pratique :

- 1/- réfection des deux feuillets des ligaments large en deux plans,
- 2/- salpingectomie droite avec résection de la corne.

En fin d'intervention, utérus plus petit, en antéversion, le douglas parait moins profond.

Résultat :

. Revue le 24 Mai 1958, soit deux mois après l'intervention, souffre encore un peu du côté gauche, pas de dyspareunie.

. Examen:utérus normal en antéversion
cul-de-sac droit libre un peu sensible à gauche.

. A accouché depuis à Port Royal. Acc. normal s d c normale.

. Revue en septembre 59 : ne souffre plus, utérus en antéversion mobile et non douloureux.

OBSERVATION N° 26

Madame B... 36 ans (GRANJON)

Histoire de la maladie :

Malade se plaignant de ménorragie de dysménorrhée, avec cystalgie au 3° jour. Pas de douleur entre les règles mais une sensation de fatigue. Ces troubles menstruels remontent à 1954, où une rétroversion fut constatée dans les suites du dernier accouchement.

Antécédents :

Jusqu'en 54, normalement réglée; 28/4 jours.

2 grossesses :

1947, accouchement normal à terme d'un enfant de 3600g
périnée intact.

1953, accouchement normal à terme d'un enfant de 3200g
périnée intacte.

Examens :

Vulve, vagin sains, utérus en rétroversion-flexion,
mobile et cul mobile,
Hystérogaphie: cavité agrandie
Biopsie d'endomètre, muqueuse normale.

Intervention : le 20/6/58

Pfannenstiel
Utérus en rétroversion-flexion
Varicocèle énorme
La face postérieure du ligament large est en partie
dépéritonisée,
Le douglas est profond, le ligament utéro-sacré
effacé,

Un myome sessile gros comme un abricot à la face
postérieure de l'isthme
On pratique une suture en un plan du ligament large
Une myomectomie
Une hystérotomie et un curetage de la cavité
Une ligamentopexie type Doléris-Pellanda
+ un Pestalozza

Histologie :

Fibrome en nécrobiose

Résultat :

Vue en décembre 58.

Résultat parfait.

OBSERVATION N° 27

Madame UGH .. 30 ans (Pr VARANGOT)

Le 3 juillet 1956

Histoire de la maladie :

Malade se plaignant :

- douleurs abdomino-pelviennes à recrudescence pré-menstruelles apparues à la suite du dernier accouchement,
- dyspareunie profonde intermittente et immédiate.

Antécédents :

Gynécologiques:

Réglée normalement 28/5 jours

Depuis 1954, métrorragies intermenstruelles et une hystérosalpingographie aurait montré un polype endo-utérin.

Grossesses :

1947, grossesse normale, accouchement normal à terme, d'une fille de 1850 g, suites de couches normales
1948, grossesse normale, accouchement normal à terme, d'un garçon de 2100 suites de couches normales.
1950, grossesse normale, accouchement normal à terme, d'une fille de 3250, suites de couches normales.

A noter que tous ces accouchements furent très rapides
1951, F.C. de 2 mois 1/2 suivie de curetage.

EXAMEN :

Palpation abdominale normale, vulve et vagin sains, releveurs de très mauvaise qualité.
Col sain, mais déchirure commissurale gauche remontant jusqu'au cul-de-sac vaginal.

Béance isthmique: une bougie Porgès n° 24 passe sans difficulté et sans douleur.
Réaction du paramètre gauche.

Première intervention 31 juillet 56 à Port-Royal:

- 1/- trachélorraphie de la déchirure commissurale gauche en deux plans après avivement des deux lèvres du col.
- 2/- Isthmorraphie antérieure par deux points de nylon.

En fin d'intervention la bougie n° 5 de Hegar passe avec un ressaut.

A la suite de cette intervention, les rapports deviennent indolore, mais toujours sensation de fatigue, et douleurs pelviennes gauches.

Une grossesse survient en 1957, qui est métrorragique dans les deux premiers mois et qui se termine par un accouchement prématuré (placenta prévia)

Elle est revue en juin 1958, pour le même syndrome fonctionnel, en plus depuis l'accouchement qui a eu lieu au mois d'août 1957, les règles sont très abondantes, et métrorragies intermenstruelles. Une HSG est pratiquée qui montre un polype fibreux du fond.

Deuxième intervention :

On se décide à intervenir par voie abdominale pour faire l'ablation du polype, le 3.7.58 (CHARTIER)

Utérus en position normale, mais col très mobile.
Les annexes sont normales sauf à gauche où le pavillon est à moitié fermé.

Le polype cavitaire est senti à la palpation.

L'exploration systématique du ligament large, montre une déchirure du ligament large gauche, avec de grosses veines. Le Douglas est profond. On pratique :

- 1/- une hystérotomie et l'ablation du polype fermeture en trois plans.
- 2/- une libération des bords de la déchirure de la face postérieure du ligament large gauche. Suture en deux plans après résection d'une zone importante du péritoine

3/- Excision d'un paquet variqueux du mollet gauche.

Résultats :

Revue le 9 décembre 58, soit 6 mois après l'intervention: va très bien , plus de douleurs, réglés normales, se plaint d'une douleur à la partie droite de la cicatrice (Pfannenstiel)

Examen : col sain et mobile au toucher
utérus dévié à gauche, mobile
annexes non perçues.

OBSERVATION N° 28

Madame BOU... 35 ans

Le 20/7/

Histoire de la maladie :

Depuis son accouchement septembre 54, cette malade se plaint:

- douleurs pelviennes le matin, au saut du lit,
- douleurs lombaires
- dyspareunie du fond du vagin.

Depuis janvier 58, elle se plaint en outre :

- d'un allongement du cycle menstruel 30,35 jours,
d'une constipation et d'une pollakiurie nocturne.

Antécédents :

Gynécologiques réglée à 13 ans, 28/6 jours, en décembre 55, aurait été traitée pour métrite avec application de négatol.

Grossesses : 1954, accouchement normal d'une fille de 3780 Gr suites de couches normales allaitement pendant 6 mois.

Examens :

Douleurs sus-pubiennes droites au dessous du Mac Burney, vulve et vagin sains, gros col avec aspect d'exocervicite avec mobilité anormale. Utérus en position normale antéversé, pas de masse annexielle douleur dans le cul de sac droit.
Frottis vaginaux classe 2, numération sanguine 12.500 blancs - diagnostic porté, appendicite.

Intervention : le 1er août 58

Incision de Jalaguier
Appendice sain
Hyperhémie considérable des vaisseaux utéro-ovarien
avec varicocèle utérus en position intermédiaire
Trompe d'aspect normal. encapuchonnée par des adhérences
Gros ovaire blanchâtre polykystique
Douglas rempli d'adhérences laches
Déchirure du ligament large droit prenant son origine au niveau de l'isthme et atteignant le mésosovarium. Rien à gauche.

On pratique : une suture en un plan du ligament large, une resection cunéiforme des ovaires, une appendicectomie avec enfouissement.

Résultats :

A trois mois de l'intervention 28/10/58, les douleurs pelviennes ont diminué, la persistance des douleurs du dos, en rapport possible avec une arthrose vertébrale.

Les règles sont normalisées, la dyspareunie a disparu.

Examens :

Tuméfaction au niveau de la cicatrice, mais pas d'éventration gros col, turgescence, la douleur du cul-de-sac droit a disparu. l'utérus en antéversion.

OBSERVATION N° 29

Madame GRO... 40 ans (Pr. GRANJON)

Histoire de la maladie :

Malade se plaignant d'importantes ménorragies.

Antécédents :

2 F.C. curetées, deux enfants. Pas de renseignement sur les deux accouchements.

Examen :

Rétroflexion du 2° degré

Frottis classe 2

Biopsie de l'endomètre: hyperplasie glandulokystique

Hystéroggraphie: polype du fond,

Intervention : 27/10/58

Utérus en position rétrofléchié : avant de redresser l'utérus, on note une brèche du feuillet antérieur gauche, par lequel apparaît le pavillon 2 à 3 cm de diamètre. Véritable trou.

Après redressement de l'utérus, on note à gauche, une déchirure du feuillet postérieur plus importante que le trou antérieur.

A droite le feuillet est normal on pratique une suture en 2 plans au lin du côté gauche.

Une hystérotomie médiane pour ablation et curetage.

Ligamentopexie, type de Doleris-Pellenda plus un pestallozza

Résultat :

Revue en janvier 59 - règles normales.

OBSERVATION N° 30

Madame PUE... 34 ans

Le 25/I/58

Histoire de la maladie :

Malade se plaignant : de douleurs pelviennes depuis ses accouchements, qui furent mises sur le compte d'une salpingite . Dysménorrhée très importante.

Antécédents :

Grossesse 1945, accouchement d'un garçon de 4500g
1948, accouchement normal d'un enfant de
3000 g. réglée normalement 28/5jours

Examen :

Vulve et vagin sains
Col : importante exocervicite
Utérus en position intermédiaire
Douleur à la mobilisation utérine, pas de masse perceptible
Frottis classe 2
Biopsie de l'endomètre: hypolutéinie et aspect d'endométrite (Pr. DELARUE)

Intervention le 24/II/58

Utérus en position intermédiaire
Gros ovaire droit, trompe normale; fibrome sessile de la taille d'une cerise sur le fond utérin.
Déchirure du ligament large gauche.
En pratique :
Une réfection de la déchirure en 2 plans au lin
une re section du nerf pré-sacré -
une re section ovarienne droite, une myomectomie.

Résultat : Revue janvier 1959; disparition des douleurs, résultat favorable.

- IIO -

- V -

Hysterectomies pour lesions associées

OBSERVATION N° 31

Madame ROL... 49 ans (Pr MERGER)

Voici une malade de 49 ans, venue à notre consultation le 21 Juillet 1959 pour ce qu'elle croit être une récédive d'un prolapsus génital.

Elle se plaint d'une sensation de corps étranger utéro-vaginal d'une gêne à la marche qui sont survenues assez brutalement dit-elle à la fin du mois de mai.

Elle souffre depuis un an de troubles à la défécation - d'une importante dysménorrhée et d'une dyspareunie.

Dans les antécédents on note : une appendicectomie et l'ablation d'un kyste du sein en 1951. Surtout 3 accouchements difficile en 1946-1947-1949 dont on ne peut préciser que les circonstances du dernier particulièrement laborieux avec application de forceps pour présentation céphalique avec procidence d'un bras. Dans les suites presque immédiates apparait un prolapsus qui oblige la malade à porter un pessaire.

Opération pour prolapsus en 1951 : triple opération périnéo-abdominale: périnéoaphie antérieure et postérieure complétée par une pexieisthmique.

A l'examen :

On ne constate pas de prolapsus véritable: il existe un déroulement des parois antérieure et postérieure du vagin sans cystocèle, sans rectocèle. Par contre, on sent un utérus fortement rétroversé, mobile, avec col mobile et douloureux qui évoque un syndrome de MASTERS et ALLEN (Pr. MERGER).

Elle est opérée le 30 Juillet 1959.

C.R.O.:

Il s'agit d'un très volumineux utérus en rétroversion totale. Cet utérus a été opéré en 1951 pour une hystéropexie isthmique, laquelle ne persiste que sous forme d'une bande séro-fibreuse complètement distendue et sur laquelle vient adhérer une anse intestinale. Libération de cet anse et section de la bride.

Le feuillet postérieur droit du ligament large est le siège d'une importante déchirure cicatricielle en V, sans varicocèle.

En raison de l'énorme volume de l'utérus, de l'âge de la femme, on fait une hystérectomie totale avec ablation des annexes suivant le procédé de Ricard. L'utérus est porteur de 2 petits myomes intra-cavitaires.

Fermeture de la paroi en 3 plans, sans drainage, nylon sur l'aponévrose, lin sur la peau.

Malade revue le 20/10/59 :

Bouffées de chaleur, mais tout va bien.

OBSERVATION N° 32

Madame VET... 45 ans (Pr. VARANGOT)

Vue le 26.10.56. Elle a eu 4 enfants et elle se plaignait de douleurs abdominales, de dysménorrhée et surtout de dysurie. Elle avait un petit prolapsus caractérisé par une cystocèle isolée et un utérus augmenté de volume, assez dur et très rétroversé. Je lui conseille de se faire faire une pexie au Mans.

Revue le 24.4.58, elle ne s'est pas fait opérer et se trouve toujours dans la même situation.

J'interviens le 14.6.58: Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il existe un gros utérus rétroversé et des déchirures bilatérales des ligaments larges, surtout marquées à droite où le ligament large est comme une véritable écumoire. Il existe quelques petits foyers d'endométriose sur les ligaments utéro-sacrés droit et gauche. On excise ces nodules et l'on fait une hystérectomie subtotale avec conservation ovarienne. Appendicectomie complémentnaire très facile.

Depuis cette intervention la malade conserve quelques troubles vésicaux, peut être moins marqués, mais dont elle se plaint encore le 7/9/59.

OBSERVATION N° 33

Madame BON... 31 ans (Pr VARANGOT)

Vue la première fois le 2.12.57, alors qu'elle présente une dysménorrhée secondaire très marquée et d'importantes ménorragies pour lesquelles elle a reçu toute la gamme des hormones stéroïdes.

Une hystéroggraphie a été faite, qui montre une encoche manifeste dans la cavité utérine. L'examen gynécologique montre un gros utérus, dur et irrégulier, présentant un noyau volumineux et douloureux sur le fond. Il existe d'ailleurs une dyspareunie.

Cette femme a eu 4 enfants de grosse taille, mais sans complication au moment de ses accouchements.

On la revoit 6 mois après, alors qu'elle a fait un nouveau traitement par l'hormone mâle et, devant la persistance des douleurs et des hémorragies, on décide de faire une hystérectomie fundique.

Le 7/5/58: laparotomie médiane sous-ombilicale; utérus rétro-versé et présentant quelques petits noyaux de fibrome. Il existe deux importantes déchirures des ligaments larges, avec d'énormes veines saillantes, surtout à droite. Les ovaires sont en excellent état; on les laisse en place, ainsi que les trompes et on fait une hystérectomie supra-vaginale. Suites opératoires sans incident.

Les douleurs ont disparus.

- II5 -

- VI -

Sutures simples du ligament large.

OBSERVATION N° 34

Madame DUC... 37 ans

Le 3 Novembre 1958, malade venant pour des douleurs pelviennes,

Histoire de la maladie :

Malade se plaignant de douleurs pelviennes bilatérales à irradiation lombaire, augmentées par la position debout. A type de crampe, avec sensation de pesanteur, au niveau du périnée, et s'accompagnant de nausées de constipation.

Pas de troubles urinaires,

Ces douleurs augmentent quelques jours avant les règles. Elles sont apparues immédiatement après la première grossesse en 1946 dans les suites de couches immédiates, fait particulier, ces douleurs ont cédé au cours des deux grossesses suivantes, pour réapparaître aggravées par la suite.

Exagération très nette depuis deux mois, avec un amaigrissement récent de trois kilogs.

Dyspareunie acquise depuis l'accouchement, profonde caractérisée par une sensation de brûlure, qui ne disparaît qu'après un intervalle d'une demie-heure.

Dysménorrhée acquise également dans les mêmes conditions avec des douleurs durant toute la menstruation avec parfois un intervalle libre d'une journée.

Leucorrhée liquide, modérée, à recrudescence pré-menstruel avec prurit.

Antécédents :

Gynécologiques, réglée à 12 ans. cycle de 31 jours durant 8 jours abondantes avec caillots 1 mois 1/2, précédées d'un gonflement des seins.

Grossesses :

1946, accouchement à terme d'une fille pesant 4600 gr durée du travail 14 heures, expulsion avec une épisiotomie; suites de couches douloureuses, hémorragiques: a saigné pendant 6 semaines, retour de couches à la 8^e semaine: allaitement artificiel.

1949, accouchement normal à terme, d'une fille de 4000 gr, suites de couches normales.

1955, accouchement normal à terme d'une fille de 3280 gr

Affections génitales :

Salpingite en 1940, ayant été traitée par diathermie; polype endo-utérin enlevé par curetage en 1957; Leucorrhée traitée par électro-coagulation à l'hôpital Broca, à la suite de laquelle la malade a présenté une hémorragie importante ayant nécessité une transfusion.

Chirurgicaux,

Appendicectomie en 1950, pour le même syndrome douloureux abdomino-pelvien compliquée d'une occlusion traitée par aspiration.

Médicaux :

Diphtérie en 1928

Pleurite en 1940

Examens :

Examen général . Dans l'ensemble normal, à noter des varices apparues après la 1^{ère} grossesse.
T.A. 10-6.

Examen gynécologique : Vulve cicatrice d'épisiotomie droite vagin sain avec leucorrhée desquamation , col sain utérus. antéversé, un peu gros et col très mobile, petite masse latro-utérine gauche du volume d'une grosse prune. Douleur vive à la pression de Douglas.

Compte-rendu opératoire du 5/II/58 :

Médiane sous ombilicale :

- à l'ouverture de l'abdomen: liquide séro-sanglant dans le Douglas et dans la grande cavité. L'utérus non rétroversé mais très mobile présente un aspect ecchymotique , et il est manifestement augmenté de volume; l'ovaire gauche est plus gros que le droit. Enorme dilatation veineuse à la face postérieure des deux ligaments larges, recouverte par un feuillet séreux très mince; on l'incise d'abord à droite, et pour trouver le fascia sous-péritonéal, il faut aller sur le pédicule iliaque. Le ligament large est très pauvre

en tissu cellulaire et renflé par de très grosses veines.

Suture en 2 plans des deux côtés.

- le Douglas est large et les utéro-sacrés mous, fermeture de la paroi.

Résultats :

Malade revue le 2/2/59 :

Amélioration des douleurs pelviennes, lui permettant une vie familiale normale, parfois impression de "tiraillement sus-pubien".

Dyspareunie beaucoup moins intense, douleurs menstruelles diminuées mais règles toujours aussi abondantes; à l'examen utérus en antéversion de mobilité diminuée par rapport à l'examen précédent, Douglas sensible.

OBSERVATION N° 35

Madame JOL... 22 ans (Pr. VARANGOT)

Le malade est une jeune et forte femme de 22 ans qui vient consulter pour dyspareunie.

22/5/59

Cette dyspareunie est apparue à la suite de l'accouchement d'un enfant de 4300 gr. Elle en précise très bien les caractères : douleur vive, dans le fond du vagin, un peu à droite localisée, sous-irradiation provoquée par le contact et disparaissent lorsque cesse le contact. Une fois, l'intensité fut telle qu'elle entraîna une syncope. Il s'agit d'une dyspareunie profonde que la malade trouve différente de la dyspareunie des premiers rapports.

En outre, la malade habituellement constipée, signale ressentir exactement la même douleur quand se manifeste le besoin d'aller à la selle après 2-3 jours de constipation.

Elle s'accompagne d'une asthénie marquée et d'un amaigrissement de 23 Kg depuis 4 ans dont les investigations cliniques et radio n'ont pas trouvé l'origine.

Antécédents :

Médicaux : primo-infection à l'âge de 12 ans avec adénopathie trachéo-bronchique ayant imposé un repos de 5 mois au préventorium et des antibiotiques .
-chirurgicaux: appendicectomie à froid en 1956.

-gynécologiques :

P.R. à 14 ans/30 jours/3-4 jours d'abondance moyenne.
Syndrome pré-menstruel très net.
Cycle un peu irrégulier depuis l'accouchement (1 semaine d'avance ou de retard).

- Obstétricaux :
 - accouchement normal à terme d'un garçon de 4300 g (1959) cervicite dans les suites de couches.
 - 2 F.C. spontanée (1956-1958) curetées.

Examens :

- Abdomen et cuisses : vergetures très importantes
- examen gynécologique :
 - exocervicite
 - utérus en rétroversion,
 - cul de sac G normal,
 - cul de sac D: douleur exquise latéro-utérine. annexes non perçues mais impossibles à préciser à cause de la douleur que la malade juge identique à la dyspareunie. Col mobile.
- Examen complémentaire :
 - en raison de frottis classe III il est redemandé de nouveaux frottis montre un aspect de dysplasie (classe III)
 - N.F.S. normale.

Dans ces conditions, elle est hospitalisée pour conisation et cure de la rétroversion pour laquelle on suspecte fortement un syndrome de Masters et Allen.

C.R.O. 13/6/59

- M.S.O.
- utérus en rétroversion complète, de volume normal.
 - ovaire D: siège d'un follicule récemment rompu
 - ovaire G: vol. normal.
 - Trompes D. et G. congestive avec orifice abdominal perméable - Douglas très profond.
- Syndrome d'Allen surtout typique à droite
- cure de la déchirure du feuillet s/péritonéal des 2 côtés, et péritonisation.
 - L'utérus est en bonne position en fin d'intervention.
- toilette péritonéale
- Parois plan par plan.

Suite opératoires normales.

OBSERVATION N° 36

Madame POY... 30 ans (Pr. VARANGOT)

Le 18/5/57

Histoire de la maladie : malade se plaignant :

- douleurs pelviennes droites par intermittences pendant deux jours puis reprises jusqu'à 3 ou 4 crises par mois très localisées à droite.
- dysménorrhée du premier jour,
- dyspareunie profonde immédiate,
- constipation de toujours.

Ces douleurs remontent à 1949 et obligèrent en novembre 49 à une appendicectomie à froid qui se révéla inefficace sur le syndrome douloureux.

Antécédents :

Gynécologiques réglée à 15 ans, 28 jours durant 8 jours.

Grossesses : 1952, grossesse normale, accouchement normal à terme d'une fille de 3700 g. Délivrance A. suites de couches normales.

Chirurgicaux : appendicectomie en novembre 49.

Examens :

Vulve, vagin sain, col et glaire sains.
Utérus en rétroversion peu accentué R1
Rétroversion, douloureux à la mobilisation, cul de sac droit, ovaires de volume normal,
On pratique une coelioscopie qui montre un gros ovaire droit, pas d'endométriase.

Epreuve du pessaire le 23/II/57, après la réduction de la rétroversion. Revue 1 mois après, souffre moins souvent, mais les crises sont plus intenses.
Mais l'épreuve du pessaire n'est pas concluante, on se décide malgré tout à intervenir.

Intervention le 9/I/58 (CHARTIER)

Utérus en position intermédiaire très vascularisé, déchirure complète du ligament large droit avec d'énormes veines.

A gauche, même lésion, mais moins importante.

Les annexes sont en position normale.

Le Douglas est profond mais surtout large.

On pratique une suture en deux plans sans toucher au Douglas.

Résultats :

Immédiats favorables , a été guérie pendant 4 mois mais reprise des douleurs ensuite.

Examinée au 6° mois, utérus en rétroversion complète.

Echec anatomique et échec fonctionnel.

OBSERVATION N° 37

Madame LAI... 28 ans (Dr. CHARTIER)

Histoire de la maladie : le 23/12/57

Malade se plaignant de :

- pesanteurs pelviennes à la station debout avec fatigue ++
 - ménorragies importantes.
- Depuis le dernier accouchement.

Antécédents :

Règles à 12 ans 28/5 jours.

- Grossesses :

1955: grossesse normale accouchement prématuré
2300 g avec une déchirure postérieure du col

1957: grossesse normale. accouchement normal. à
terme 3050 g. retour de couches au bout de 8
semaines mais règles très abondantes.

Examen :

- vulve et vagin sains
- col sain et mobile avec une déchirure postérieure
- utérus en rétroversion mobile, indolore de volume normal.

Diagnostic : la rétroversion joue-t-elle un rôle dans
les ménorragies. Une épreuve au pessaire est décidée.

Epreuve du pessaire :

- pose du pessaire le 30/12/57 après réduction facile de la rétroversion.
- ablation du pessaire en fin janvier
les règles ont été peu abondantes et la malade s'est sentie beaucoup mieux.

Intervention (CHARTIER)

Pfannenstiel

Utérus en rétroversion complète avec prolapsus ovarien bilatéral

Utérus violacé avec déchirure des 2 ligaments larges surtout à droite.

Sang dans le péritoine (mais malade au 2° jour des règles)

Annexes droite et gauche normales.

Ligaments ronds comme un fil.

On fait une suture du ligament au nylon et sur toute la hauteur du bord latéral de l'utérus avec résection péritonéale à la demande.

L'utérus diminue de volume et en fin d'intervention on note une légère congestion des trompes.

Résultats :

- . revue 22 mois après: bon résultat.
- . pas de nouvelle depuis 1 an.

OBSERVATION N° 38

Madame LEL... 27 ans (Dr. CHARTIER)

Malade venant pour:

- des douleurs abdomino-pelviennes à prédominance droite survenant par crises tous les 15 jours, parfois plus fréquemment, durant environ 1/2 heure. Ces douleurs surviennent avec un maximum de fréquence vers le 15° jours. Elles s'accompagnent parfois d'une gonalgie droite.

Dans la période post-critique une importante sensation de fatigue, l'empêche de s'occuper de sa famille.

Ces douleurs ont débuté au cours même de la 1ère grossesse - dans le premier mois- avec une telle brutalité que la malade se souvient parfaitement du jour : 14 juillet 1954 et en précise le caractère douleur à type de coup de poignard. Ayant consulté à cette période, on a parlé de fibrome et imposé le repos au lit.

Elles ont persisté pendant la 2° et 3° grossesses, imposant le repos lit pendant la 2° peut être moins intense pendant la 3°.

- pas de dyspareunie
- petites pertes rosées avant les règles
- petits troubles intestinaux à type de diarrhée apparaissant souvent comme le premier signe d'une grossesse débutante.

Antécédents :

- bien réglée,
- 3 accouchements :
 - 1953 : épisode de douleur brutale abdominale pelvienne du 1er mois. accouchements normal d'un enfant de 3.100 gr suivi par une D.A. pour hémio de la délivrance. Dans les suites de couches: persistance de la douleur à droite.

1956 : grossesse douloureuse imposant le repos au lit et les opiacés. Accouchement normal d'un enfant de 3.300 g. D. normale. S. de c. normales.

1957 : la grossesse semble mieux supportée. Accouchement normal d'un enfant de 3.800 gr. Délivrance normale.

Examen :

- l'utérus est en antéversion normale mais semble excessivement col mobile -
Annexe normale - col normal
- On est frappé par le syndrome douloureux associé à la mobilité utérine, et l'on se décide à la pose d'un pessaire à visée si l'on peut dire orthopédique.

Elle le porte 1 mois, la malade est revue, elle est transformée: plus de douleurs, plus de fatigue elle dort normalement alors qu'auparavant après chaque crise, une période de nervosité s'installait.

Le toucher vaginal avec pessaire montre un utérus en antéversion avec un col fixé.

Après ablation du pessaire: le toucher détermine des douleurs à la face post et latérale de l'isthme recueillant des douleurs que la malade juge identique aux douleurs spontanées.

11.3.58 :

On se décide à intervenir :

- Incision du Pfannenstiel
 - utérus en même position
 - qq cc de sérosité sanglante dans le Douglas.
 - Trompes normales - ovaires normaux.
- L'exploration des ligaments montre une déchirure bilatérale, plus importante à gauche.
Suture en 2 plans.

Elle est revue 7 mois après le 10 novembre 58/
Sa vie est redevenue normale, l'utérus est en bonne position le col est fixe. Petit syndrome pré-menstruel.

Revue au bout de 18 mois: résultat se maintient.

OBSERVATION N° 39

Madame SAC... 24 ans

Histoire de la maladie : le 7/3/58

Malade se plaignant :

- douleurs pelviennes depuis la F.C. survenues immédiatement après, permanentes avec des irradiations annales et lombaires, d'apparition récente. Exagérées surtout à la fatigue.
- Dyspareunie profonde depuis la F.C.
- Pertes blanches anciennes sans prurit
Elles est traitée depuis un mois par les antibiotiques.

Antécédents :

Gynécologiques : réglée 14 ans, 28 jours , durant 3 à 4 jours. Dysménorrhée primaire. Syndrome pré-menstruel 4 à 5 jours.

Grossesses 1955, grossesse normale accouchement normal à terme d'un garçon de 3300 g. suites de couches normales.

1956, grossesse normale, accouchement à 7 mois, d'un garçon de 3620 g. suites de couches normales.

1956 , F.C. provoquée (sonde) de 3 mois; curetée, suites de couches normales.

Chirurgicaux: appendicectomie en 1953, phlegmon sous-maxillaire à l'âge de 2 ans.

Médicaux : épilepsie depuis 14 ans mais jamais de crise pendant la grossesse. E.E.G. normal.

Examens :

Vulve et vagin sains, exocervicite du col
Utérus antéversé dévié à droite, ovaire gauche un peu gros, annexe droite rien à signaler
On fait une électro-coagulation du col
Malgré cette électro-coagulation, la malade continue à souffrir

Epreuve et contre épreuve au pessaire :

On se décide à mettre un pessaire sur la mobilité assez exceptionnelle de l'utérus. Les culs-de-sac sont normaux.

Pose du pessaire le 19/4/58

Revue un mois après, le 16/5/58: a été considérablement améliorée par le pessaire. Elle se sent soulagée plus de dyspareunie

Ablation du pessaire le 16/5/58 pour contre épreuve

Revue un mois après cette ablation le 11/6/58: recommence à souffrir dyspareunie, dysménorrhée modérée
Même examen clinique

Avant de se décider à opérer cette malade on pratique une nouvelle épreuve du pessaire, qui comme la 1ère s'est montrée positive avec disparition des troubles.

INTERVENTION : le 10/10/58 (-Chartier)

Incision de Pfannenstiel

Utérus en antéversion, mais violacé et très mobile

Les annexes droite et gauche sont normales.

Quelques cc de sérosités dans le Douglas.

En relevant l'utérus on constate l'existence d'une déchirure bilatérale des deux ligaments larges à la hauteur de l'isthme avec de grosses veines surtout à droite.

On pratique une incision en T du péritoine et suture en deux plans au nylon.

Résultats :

Revue deux mois après l'intervention le 15/12/58.

Va très bien. Ne souffre plus. Plus de dyspareunie et très heureuse des résultats de son intervention.

A l'examen col sain, utérus mobile en antéversion; indolore.

OBSERVATION N° 40

Madame MOI... 32 ans (Dr. CHARTIER)

Le 21/10/57

Histoire de la maladie :

Malade consultant pour algie pelvienne.

Douleurs pelviennes à type de pesanteur dans le bas ventre, continue mais s'exagérant à la station debout avec marche pénible, et dans le prémenstruum.

Dyspareunie, complexe psychologique; pas d'orgasme vaginal satisfaite par les caresses. N'aime pas son mari, a été fiancée à un autre mais mariage refusé par les parents.

Fatigue considérable, entraînée par ces douleurs. Tous ces troubles remontent à 1951. Ayant nécessité des périodes de repos successives.

Syndrome prémenstruel avec nervosité ++

Antécédents :

Gynécologiques : réglée à 13 ans, règles irrégulières 2 à 10 jours de retard durant 3 jours - dysménorrhée du 1er jour.

Grossesses :

1949, grossesse normale accouchement normal à terme d'un enfant de 3 kg, suites de couches normales

1950, grossesse normale, accouchement normal à terme d'un enfant de 3000g, suites de couches normales.

1956, grossesse normale accouchement normal à terme d'un enfant de 3800 gr suites de couches normales.

Jamais d'allaitement .

Chirurgicaux, appendicite en 1934

Examens :

- Palpation abdominale normale, vulve et vagin sains, col : zone de remaniement
- utérus rétroversé du col mobile et prolapsus ovarien gauche, nettement augmenté de volume, en rapport avec une grossesse de 2 mois environ.

CONCLUSION :

Rétroversion à traiter chirurgicalement après la grossesse.

Le 19/7/58, la malade est revue pour douleur et troubles de la vie sexuelle: entre temps elle a accouché normalement en juin 1958 d'un garçon de 3250 g.

On pratique une épreuve du pessaire: DUMONTPALIER n°8

Le 9/8/58, trois semaines après la pose du pessaire, elle se sent beaucoup mieux: disparition de la pesanteur du bas ventre, la station debout n'est plus pénible, rapports indolores avec satisfaction ; à l'examen malgré le pessaire, l'utérus est en rétroversion.

Ablation du pessaire pour contre épreuve :

Septembre 58. reprise des douleurs, pose d'un 2° pessaire Cette 2° épreuve n'a donné aucun résultat mais au contraire s'est accompagné de douleurs très vives ayant nécessité l'appel du médecin qui a enlevé le pessaire.

Intervention : 13/10/58 -(CHARTIER)

Incision de Pfannenstiel

L'utérus est en rétroversion complète, par contre les ovaires et les trompes sont en bonne position, mais siège d'un varicocèle utéro-varien important.

En relevant l'utérus on constate une déchirure bi-latérale et extrêmement importante du ligament large, déchirure allant de l'utérus à la paroi. Reconstitution des deux feuillets du ligament large.

Résultats :

Malade revue deux mois après l'intervention. Toujours fatiguée. Pas d'amélioration depuis l'intervention. Les dernières ont été douloureuses et pourtant à l'examen l'utérus est en antéversion, les annexes sont normales.

OBSERVATION N° 41

Madame BET... 39 ans (Pr MERGER)

Il s'agit d'une femme de 39 ans venant consulter pour douleurs pelviennes apparues dans les suites de ses dernières couches (1948).

- douleurs pelviennes très vives, survenant par crises intenses durant environ 10 minutes, fréquentes augmentant d'intensité et de fréquence dans les 10 jours précédant les règles.

Ces douleurs sont médianes, parfois latérales, mais surviennent aussi bien à droite qu'à gauche. Ces douleurs qui sont à peu près continues, entraînent une gêne fonctionnelle très importante, nécessitant le repos au lit et sont parfois accompagnées de "syncopes" tant la douleur est vive. Elles ont une recrudescence nocturne.

- les rapports sont devenus impossibles depuis plus d'un an.
- en outre, depuis un an, les règles deviennent beaucoup plus abondantes, avec caillots.
- La leucorrhée est plus importante avec odeur fétide
- il existe une asthémie importante gênant toute activité. Ce syndrome douloureux existe depuis 10 ans et a entraîné une pléiade de thérapeutique endocrinienne, sans succès.

Dans les antécédents on note :

- 1ères règles à 19 ans, avec un cycle irrégulier 20 à 30 jours,
- 3 accouchements normaux avec des enfants d'environ 3.500 g.

- A l'examen : un utérus fortement rétroversé, col mobile douloureux à la moindre tentative de mobilisation.

L'ensemble clinique fait porter le diagnostic de syndrome de déchirure du ligament large (Pr. MERGER)

Intervention le 5/2/59 (Dr. MELCHIOR)

- L'utérus est rétroversé. Il existe un peu de liquide dans la cavité péritonéale ayant l'aspect de sérosité. Les annexes sont normales, mais il existe à la face postérieure des ligaments larges 2 importantes déchirures, plus marquée à gauche. On aperçoit dans le fond de la déchirure, de grosses veines dilatées.

Suture des feuillets péritonéaux au nylon 0. Après ce temps, on constate que l'utérus demeure en bonne position et il ne se remet plus en rétroversion.

Parois 3 plans.

Revue le 4/6/59 :

A été améliorée pendant 4 mois, mais depuis quelques jours les mêmes douleurs ont réapparues. A l'examen: l'utérus est de nouveau rétroversé.

OBSERVATION N° 42

Madame LIB. .. 35 ans (Dr. CHARTIER)

Histoire de la maladie : le 22/9/58

Malade se plaignant :

Douleurs abdomino-pelviennes consécutives à la dernière F.C. et datant de 1955, s'exagérant à la station debout, calmées par le repos. Bilatérales mais prédominantes à gauche.

Dyspareunie: douleurs pendant les rapports et après pendant une heure.

Altération de l'état général: amaigrissement de 2 kgs
dépression nerveuse.

Nausées : pour lesquelles on a évoqué une affection vésiculaire.

Elle est suivie depuis 2 ans et traitée par les anti-biotiques.

Antécédents :

Gynécologiques : réglée à 13 ans, cycle de 26 jours pendant 4 jours, abondance normale.

Grossesses : 3 accouchements normaux à 19, 21 et 30 ans. Sans épisode particulier.

Trois F.C. provoquées en 1948, 1954, 1955, toutes suivies de curetages. La 3^e fausse couche coïncide avec le début des douleurs. Dans les suites immédiates on note des métrorragies et des pertes jaunes fétides puis retour de couches avec hémorragies et caillots.

Chirurgicaux, périnéale, et appendicectomie en 1946; après la 2^e grossesse.

Médicaux : troubles nerveux dépressifs coïncidant avec le début des douleurs.

Examens :

Vulve béante avec cystocèle, leucorrhée liquide, col gros mais sain, utérus de volume normal, en antéversion mais d'une extrême mobilité, annexes non perçues.

On décide la pose d'un pessaire pendant trois semaines.

Revue le 10/10/58, trois semaines après la pose du pessaire. Nettement améliorée, les rapports sont beaucoup moins douloureux, mais réapparition des douleurs après les dernières règles.

Ablation du pessaire pour contre épreuve et à revoir dans 10 jours.

Revue le 20/10/58, reprise des douleurs surtout à la position debout ne peut pas travailler, les rapports sont douloureux;

Examens : utérus en antéversion très mobile une douleur exquise est ressentie par la malade lors de la pression du Douglas et de la pression du cul de sac droit.

Intervention le 30/10/58 (CHARTIER)

Médiane suspubienne après excision de l'ancienne cicatrice,

Cavité abdominale libre, une seule adhérence épiploïque de la face postérieure de l'utérus.

L'utérus nettement augmenté de volume mais mou.

Annexe droite normale, annexe gauche, trompe un peu rouge, ovaire légèrement adhérent à la face postérieure de l'utérus.

Le Douglas est normal, mais il existe une déchirure extrêmement importante du ligament large droit, par contre le gauche est tout à fait normal.

On pratique une réparation de la déchirure en 2 plans (on a très bien repéré l'uretère qui suit les déplacements du feuillet fibreux). En fin d'intervention l'utérus est redevenu ferme, tonique et dur.

Résultats : revue le 5/12/58

Va bien, est euphorique alors qu'elle pleurait presque toujours auparavant, n'a plus de douleur et peut rester debout.

A repris les rapports qui sont beaucoup moins douloureux elle se plaint encore de nausées.

Examens : utérus en antéversion, peu mobile. Le douglas n'est plus douloureux, de même que le cul de sac droit.

OBSERVATION N° 43

Madame BOU... 30 ans

Histoire de la maladie :

Malade vue en novembre 1952, se plaignant de douleurs
intenses au début des règles,
Syndrome ovulatoire,
Dyspareunie.

Antécédents :

Réglée 13 ans, 30/3 jours
Grossesses : 2, dont la première en siège.

Examen :

Rétroversion-flexion, fixée ou du moins le redres-
sement est impossible,
Col haut sous la symphyse

Intervention : le 24 février 1953
Utérus en rétroversion complète
Ligaments utéro-sacrés tendus
Ligaments ronds grêles

En pratiquant le redressement de l'utérus, on
détermine extemporanément une rupture péritonéale
portant sur les deux ligaments utéro-sacrés, et remontant
sur le feuillet postérieur. On fait un raccourcisse-
ment des ligaments ronds à l'orifice inguinal, un
Pestalozza et une suture des deux brèches associée
à une pexie des ovaires.

Résultat :

Très satisfaisant, persiste néanmoins une pesanteur de
la région anale et une douleur ovulatoire.

C O N C L U S I O N

Le syndrome de l' "universel joint cervix" proposé par MASTERS et ALLEN, dont l'origine est une brèche péritonéo-fasciale du ligament large d'origine obstétricale, éclaire d'un jour nouveau les troubles fonctionnels apparus dans les suites d'un accouchement.

L'analyse de nos 42 observations permet de souscrire dans son ensemble à cette nouvelle entité anatomo-clinique. Néanmoins, de l'étude que nous en avons faite se dégagent quelques remarques.

Cliniquement, si l'antécédent obstétrical est toujours retrouvé (accouchement ou fausse couche), sauf une seule fois où une déchirure s'observa chez une vierge, il est loin d'avoir toujours un caractère traumatique. Plus que les caractères des troubles algiques dont pourtant l'acuité doit être soulignée, c'est avant tout le fait qu'il surviennent dans les suites d'un accouchement qui doit être évocateur. La rétro-version utérine est fréquente, mais elle n'est pas constante. Tous les troubles fonctionnels décrits peuvent se retrouver alors que l'utérus est en position normale. Ce qui demeure très particulier, c'est la vive douleur à la pression du cul-de-sac de Douglas associée à l'extrême mobilité du col, et un excellent élément d'orientation diagnostique et pronostique consiste dans l'épreuve du pressaire.

Anatomiquement, on peut décrire deux formes de déchirure :

- l'une, une déchirure franche complète, intéressant le péritoine et le fascia
- l'autre, incomplète, n'intéressant que le fascia sous-péritonéal, mais que l'on peut suspecter sur l'aspect transparent, "usé" du péritoine sous lequel se trouve le varicocèle utérin.

Le mécanisme le plus fréquent de la déchirure ligamentaire est sans conteste le traumatisme obstétrical évident ou masqué agissant par élongation et distension au niveau des paramètres et du ligament large. Il est plus difficile d'expliquer les déchirures survenant sur un utérus en rétro-flexion congénitale en dehors de toute expulsion foetale.

La physiopathologie du syndrome algique doit faire appel à deux notions :

- l'irritation chronique du péritoine du cul-de-sac de Douglas par l'épanchement séreux qui détermine la déchirure ;
- l'anormale mobilité du col qui, ayant perdu en partie ses attaches latérales de MACKENRODT, se mobilise comme une "bouée flottante" à toutes pulsions (poussée abdominale, orthostatisme, rapports sexuels), et entraîne des tiraillements ressentis par les fibres exacerbées du plexus hypogastrique.

Ces deux notions imposent au traitement chirurgical un double but :

- supprimer la brèche
- réinsérer le col par la remise en tension des ligaments latéraux du col et par un cloisonnement du Douglas qui a l'avantage de supprimer le réceptacle de la sérosité et de retendre les ligaments utéro-sacrés.

Ainsi la simple suture en deux plans peut suffire sur les utérus en antéversion normale, si le fascia sous-péritonéal offre une étoffe valable.

Par contre, lorsque l'utérus est rétro-versé, et c'est le cas le plus fréquent, il convient de renforcer l'action de la suture péritonéo-fasciale par un temps de stabilisation du col et d'orientation utérine du type plastie ligamentaire, ou mieux plastie péritonéale.

Les résultats de ce traitement conservateur, orthopédique pourrait-on dire, permettent de considérer ce syndrome comme une véritable entité anatomo-clinique qui trouve sa place dans le chapitre des algies pelviennes, mais à sa juste proportion : il faudrait se garder d'en faire la cristallisation de toutes les algies pelviennes du post-partum dont il n'est qu'un aspect, le plus séduisant peut-être parce que le plus simple, et de réduire toutes les rétro-versions utérines douloureuses à une brèche du ligament large, ce qui aurait comme conséquence d'entraîner une nouvelle "furia" chirurgicale aussi préjudiciable au traitement de cette malposition utérine qu'à l'autonomie de ce syndrome.

Vu, le Président de Thèse :

J. VARANGOT

Vu, le Doyen de la Faculté :

L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

=====

- 1 - ARAN - Lésions cliniques sur les maladies des organes génitaux de la femme - 1958
- 2 - AUVRAY M. - Le varicocèle pelvien,
Gaz. des Hôp. 97 p. 481-484 1924
- 3 - BUDIN P. - Le varicocèle pendant la gestation
Thèse d'agrégation 1875
- 4 - COLANERI et DONAY
Les douleurs abdomino-pelviennes
Rev. Fr. de Gynécologie et Obstétrique
t.28 p. 483-515 - 1933
- 5 - CONDAMIN R. -
Généralités sur la Douglassite
Lyon Medical 39 347-356 1926
- 6 - CONDAMIN R. -
Séquelles de l'appendicectomie: la Douglassite
Lyon Médical 49 t. 138 543-648 1926
- 7 - CONDAMIN R -Introduction à l'étude de la Douglassite
Douglas et para Douglas chez la femme.
Douleurs pelviennes en gynécologie
Lyon Médical 1927
- 8 - CONDAMIN R. -Rôle de la Douglassite dans les cystalgies
et fausses cystites
Lyon médical 149 p. 227-283 1929

- 9 - CONDAMIN R.-Dyspareunie et frigidité dans leur rapport avec la Douglassite.
Lyon Médical 49 t. 138 p. 643 1926
- 10 - CONDAMIN R.-La fibro-conjonctivite du bassin chez la femme - Essai de pathogénie et d'anatomie pathologique
- 11 - CONDAMIN R.-Etude analytique des lésions et symptômes de la Douglassite
Lyon médical 145 p. 509-519 1930
- 12 - COTTE G. & JEZDITCH D.
Le varicocèle pelvien
Gynécologie et obstétrique t. VII
n° 3 1923
- 13 - COTTE G. - Les plexalgies hypogastriques
Lyon médical 237-243 1930
- 14 - COTTE G. & DECHAUME J.
Les plexalgies hypogastriques
Presse Médicale 21 p. 373-377 1931
- 15 - COTTE G.- Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme
Chap. VIII p. 761-785
- 16 - CROSSEN and CROSSEN
La rétroversion utérine
"Diseases of Women" 9° édit. p. 824
- 17 - DEVALZ - Sur le varicocèle
Thèse Paris 1858
- 18 - DUDLEY E.C.-New York médical janvier 1888
- 19 - DUDLEY E.C.- The utilisation of the broad ligaments in complet descent of the uterus

Jour. of the Amer. Med. Ass. Vol. 47
n° 20 1605-1614 1906
- 20 - EMGE A. , LUDWIG
Les varices du pelvis chez la femme
Surg. Gyn. and Obst. Chicago
Fév. 1921

- 21 - ENGELMANN - Varicocèle du ligament large
Cent. Für. Gynäk n° 9 1922
- 22 - EZES H. et WAHL P.
Les moyens de fixité réelle de l'utérus
Essai de synthèse physiologique

Rev. Franç. Gynéco. et Obstétrique 1
p. 29-27 - janv. 1959
- 23 - FAURE J.L. et SIDEREY A.
Chap. : troubles fonctionnels et sclérose
utérine et des ovaires

Traité de Gynécologie médico-chirurgicale
4°°édit. pp. 325-336, 336-355
Paris 1928 Doin
- 24 - FORGUE E. & MASSABUAU
Traité de gynécologie médico-chirurgicale
4°°édition p. 336 PARIS 1928 Doin
- 25 - FOTHERGILL W.E.
The supports of the pelvic viscera: a
review of some recent contributbñ to pelvic
anatomy with a clinical introduction.

Proc. Roy. Soc. Med. 43-60 1907-1908.
- 26 - FRANKEL L. - Etude histologique des vaisseaux du ligament
large
Deutsch Med. Wichenschæ 35 p.2204-2209
1909
- 27 - FREUND R. - Die varicocèle pelvis s. tubo-ovariolis in
die Krankheiten des Beckenbñde gemebes

Händhuch der Gynäk (Stoekel) vol. 8
part. 1 p.533-538 München 1933.
- 28 - FREUND W.A. - Etude histologique des vaisseaux du ligament
large.
Gynäk Klinik 1 p.203-326 1885
- 29 - FREUD W.A. - Etude des vaisseaux du ligament large
Beitr. Geburtsch Gynäk t. 2 n° 9
p. 67 1903

- 30 - FUNCK-BRENTANO P.-
La névralgie pelvienne féminine
Gynéco et Obstétrique t. 55 n° 4
p. 341-356 Oct. 1956
- 31 - FUNK-BRENTANO p.
Traitement des algies pelviennes féminines
Revue du Praticien t. 9 n° 22 p. 2383
1959
- 32 - GEOFFROY ST HILAIRE
Des oedèmes abdomino-pelviens en
gynécologie
Thèse Paris 1898
- 33 - GOODALL and POWER
Syndrome pelvien brutal dû à une réaction
péritonéale du Douglas
Am. J. Obst. and Gynec. t.33 p. 194-209
1937
- 34 - HERBET - Le varicocèle pelvien
Bul. Soc. Anat. p. 913 1896
- 35 - HERTZLER A.E.
Opération for the shortening of the broad
ligaments: an anatomic and clinical study
Journ. of Am. Med. Assoc. vol 48 4 p. 277-
279 1907
- 36 - HOVELACQUE - Plexus hypogastrique inférieur
Anatomie des nerfs crâniens et rachidiens
et du système grand sympathique - t. 2
p. 787- 790
- 37 - JAYLE F. et JAYLE G.
Innervation pelvienne chez la femme et
ses rapports avec la douleur
Rev. Franç. de Gynéco et Obstétrique
t.28 p. 363-464 1933
- 38 - KEIFFER - Physiologie du système nerveux génital
Rev. Franç. de Gynéco et Obst. t. 28
p. 449-464 1933
- 39 - KLINK F. - La paramérose la congestion pelvienne
et le syndrome utérin.

Bul. Féd. des Soc. de Gyneco. et Obst.
t. 7 n° 5 bis p. 647 1955

- 40 - KOCHS - Uber die Kunstliche Verkeizung der Ligaments
lata von der Scheide
Centr. F. gyn. n° 2 I896
- 41 - LABADIE, LAGRAVE F. et LEGUEU F.
Le Varicocèle
Traité médico-chirurgical de Gynécologie
2° édit. Alcan p. I054 I90I
- 42 - LAMY M. - Cure chirurgicale des prolapsus génitaux par
amputation du col, transposition et mise
en tension des ligaments de Mackenrodt et uté-
ro-sacrés
Thèse Paris I957 n° 238
- 43 - LEGUEU F. - voir Labadie
- 44 - MACKENRODT - Ube die Ursachen der normalus und parholo-
gischen lagen des uterus
Arch. F. Gynaök t. 48 p. 393-42I I895
- 45 - MASTERS H. WILLIAMS
The abdominal approach to cysto uretæcel
repair.
Am. J. Obst. and Gynécology vol. 67 1
p. 85-9I - janvier I954
- 46 - MASTERS W.H. et ALLEN W.M.
Traumatic laceration of uterin support
Am. J. Obst. Gyn. 70 n° 3 p. 500-5I3 sept.
I955
- 47 - MERGER R., LEVY J. MELCHIOR et MARTIN
Traitement chirurgical de la rétroversion
utérine - résultats éloignés de l'oblitération
du Douglas.
So. Gyn. et Obst. 5 juil. I954- in bul. de
l'As.Gyn. et Obst. de Langue Française
t. 6 n° 4 I954
- 48 - MUSSET - in Thèse de M. LAMY
- 49 - PALMER R. - La coelioscopie dans le diagnostic des
algies pelviennes rebelles
Revue du Praticien T. IX n° 22 p. 2.375
I959
- 50 - PETIT P. Bul. Soc. Obst. et Gyn. et Nouv. Arch. d'Obst
et Gyn. I897

- 51 - PIERRA L.M. - Thérapeutique de la douleur en gynécologie
Rev. Franç. Gyn. Obst. t.28 p. 563-606
1933
- 52 - POIRIER - Appareil génital de la femme : gaine hypogastrique
aponévroses du ligament large.
Traité d'Anat. Humaine t. 5 p. 441-449
1901
- 53 - POLK - le raccourcissement des ligaments larges dans
la rétroversion.
Tr. of Am. Gyn. Soc. vol. 14 p. 250-1889
- 54 - POZZI S. & JAYLE F.
Traité de gynécologie clinique et opératoire
4° édit. 1905
- 55 - RICHELLOT L.G.- Bull. Med. 13 p. 253 1899
- 56 - RICHELLOT L.G. Maladies de l'utérus
Paris 1903 Doin
- 57 - RICHELLOT & BARUZZI
Gynécologie 6 1 p.31 1901
- 58 - ROBERT H.G.- Les algies pelviennes, problème clinique
et étiologique
Revue du Praticien t. 9 n° 22 p. 2365
1959
- 59 - ROUSSEAU - Varicocèle pelvien
Thèse Paris 1892
- 60 - ROUX G. - Les grandes algies pelviennes de la femme
dites essentielles.
Maroc Med. 34 n° 360 p. 701-703 Mai 1955
- 61 - ROUVIERE - Ligament large
Traité d'anatomie humaine t. 1 p. 1038
- 62 - SARFATI G. - Thèse Paris 1957
- 63 - SIREDEY A. Gynécologie t.5 n° 1 p.30 1900
- 64 - SCHUBERT Cent. fur Gynek n° 41 1922

- VII -

65 - TAYLOR H.C. Junior

Syndrome de congestion fibreuse pelvienne
Am. J. Obst. and Gyn. vol. 57 n° 2 p.
211-230 1949

66 - VARANGOTJ, GRANJON A, CHARTIER M. & LOFFREDO V.

Le syndrome de déchirure du ligament
large
Presse médicale 6 Juin 1959

67 - VERNE J.M., DELARGARDE et BAUGALTER -

Syndrome de Masters et Allen - entité anatomique et thérapeutique nouvelle sur fond clinique connu et décevant : 6 observations.
Mem. de l'Acad. Chir. t. 85 n° 19-20
p. 523-583 Juin 1959



**AGEMP
POLYCOPIE**

**8, rue Dante
PARIS-Ve**

Téléphone : ODéon 58-90